

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PRATIQUES INTERPROFESSIONNELLES AU QUOTIDIEN
DANS UN SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE EN CSSS

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
MARYLÈNE POUDRIER

FÉVRIER 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Et dans cet engagement de soi avec un non-soi que l'acte représente,
l'incertain, le risque, l'imprévisible,
l'aventure ont constamment leur part,
sont toujours présents au rendez-vous
(Mendel, 1998, p.78)

Un immense merci à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à cette aventure. Même si par moments ce projet semblait sans fin, vous avez joué un rôle important, n'en doutez point. Je tiens à remercier tout particulièrement:

- Les participantes qui ont accepté de me rencontrer pour me partager leur expérience, malgré le contexte de travail qui ne leur laissait que peu de temps.
- François Huot, mon directeur de mémoire, pour avoir cru en moi ainsi qu'en l'achèvement de cette aventure qui arriverait, pour la confiance inconditionnelle que tu m'as témoignée, pour la générosité de ton accueil, pour ta tolérance au risque, pour ta patience de même que pour tes questionnements pertinents me poussant à me dépasser.
- Mes collègues de travail œuvrant dans différents programmes, pour vos encouragements quant à l'avancement de ce projet.
- Rébecca pour la révision linguistique, ta disponibilité et ton aide précieuse.
- Daniel, pour ton humanité, ton expertise, ton ouverture et le support considérable.

- Marilène, Amélie, Émilie, Nancy, Chantal, Ginette, Geneviève, Carole et Joëlle, qui m'avez soutenue inconditionnellement dans les moments les plus difficiles, qui furent nombreux, tout en ne cessant de m'encourager, m'écouter et me supporter.
- Marie-Hélène pour avoir cru en moi et sans qui je ne me serais jamais inscrite à la maîtrise.
- Yoan, mon fils adoré, pour ta patience à voir ta mère « faire de l'école », pour ta vivacité et l'inspiration qui me poussait, comme le vent dans mon dos, à terminer.
- Jean, mon « frère », pour ton soutien indéfectible depuis de nombreuses années, pour m'avoir tolérée, pour nos rires, pour avoir été un gardien fiable et disponible depuis le début de cette aventure et pour tes encouragements.
- René, mon conjoint, pour ton support, ta complicité et pour faire de moi une femme choyée.
- Johanne, ma mère, pour avoir cru en mon potentiel et qui, par les valeurs que tu m'as transmises, m'ont permis de mener à terme ce projet.
- Ginette, ma marraine, sans qui les études se seraient terminées certainement plus tôt dans ma vie.
- Neal, mon compagnon de rédaction et de moments de doute, pour ta créativité et tes œuvres inspirantes.

DÉDICACE

À la mémoire de Jean Mathon

À Yoan et Victoria,
« L'éducation est l'arme la plus puissante
qu'on puisse utiliser pour changer le monde »
(Nelson Mandela)

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I:	
PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 L'interdisciplinarité.....	4
1.1.1 La collaboration comme pratique interprofessionnelle.....	5
1.1.2 L'interdisciplinarité: définitions.....	6
1.1.3 Quand la complexité est au rendez-vous.....	8
1.2. De la pratique professionnelle à la pratique interprofessionnelle.....	10
1.2.1 Une réelle perte de pouvoir?.....	10
1.2.2 Logique de professionnalisation/Logique de collaboration.....	11
1.3 La standardisation des pratiques.....	12

1.3.1 La standardisation de certaines pratiques: rupture ou continuité?.....	13
1.3.2 L'intervenant : pivot et/ou coordonnateur?.....	14
1.3.3 Quand l'interdisciplinarité rime avec craintes, réticences et obstacles...17	
1.4 Le contexte de pratique.....	21
1.4.1 Le travail social dans le réseau public québécois de la santé et des services sociaux.....	21
1.4.2 Le soutien à domicile en mouvance.....	24
1.5 Questions de recherche.....	26
CHAPITRE II:	
CADRE THÉORIQUE.....	28
2.1 La pratique interprofessionnelle sous l'angle des théories de la gestion des organisations.....	29
2.1.1 La vision mécaniste de l'organisation: la métaphore de la machine.....	30
2.1.2 La vision biologique de l'organisation: la métaphore de l'organisme vivant.....	31
2.1.3 La théorie de la contingence.....	32
2.1.4 L'organisation vue comme une culture.....	33

2.2 La pratique interprofessionnelle sous l'angle des interactions.....	35
2.2.1 L'interaction sociale.....	35
2.2.2 Le langage dans l'interaction.....	36
2.2.3 Le pouvoir dans l'interaction.....	37
2.2.4 Les règles de l'interaction.....	37
2.3 L'acte comme une aventure (Gérard Mendel).....	39
2.3.1 L'acte.....	39
2.3.2 Les trois temps de l'acte.....	41
2.3.3 L'actepouvoir.....	42
2.3.4 La métis.....	42
2.3.5 La notion de risque.....	43
CHAPITRE III:	
MÉTHODOLOGIE.....	45
3.1 Objectifs de la recherche.....	45
3.2 Défis de l'observation directe.....	47

3.3 Échantillon et recrutement.....	48
3.4 Confidentialité.....	50
3.5 Consentement.....	51
3.6 Cueillette et analyse des données.....	51
3.7 Considérations éthiques.....	54
3.8 Limites de l'étude.....	55
CHAPITRE IV:	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	57
4.1 La description des professionnelles rencontrées.....	58
4.2 Les pratiques interprofessionnelles.....	58
4.2.1 La coordination de l'action sous l'angle du pivot.....	60
4.2.2 La coordination sous l'angle de la pratique.....	62
4.2.3 L'interdisciplinarité.....	63
4.2.4 La pratique professionnelle.....	66
4.3 Les pratiques organisationnelles.....	69

4.3.1 Sous l'angle des exigences.....	69
4.3.2 Sous l'angle des impacts.....	71
4.3.3 Sous l'angle du fonctionnement.....	73
4.4 Les relations quotidiennes en contexte interdisciplinaire.....	77
4.4.1 Sous l'angle de la personnalité.....	77
4.4.2 Sous l'angle de la profession.....	79
4.5 La communication entre professionnels.....	82
4.5.1 Sous l'angle de la communication dite formelle.....	82
4.5.2 Sous l'angle de la communication dite informelle.....	84
 CHAPITRE V:	
ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	87
5.1 Les mécanismes de coordination : logique managériale/ logique de professionnalisation.....	88
5.1.1 La standardisation de la production.....	89
5.1.2 L'ajustement mutuel.....	91
5.1.3 La standardisation des qualifications.....	91

5.2 Les pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile en terme d'acte, d'actepouvoir et de métier.....	94
5.2.1 L'acte en trois temps.....	94
5.2.2 La métier et l'actepouvoir des travailleuses sociales et des autres professionnelles.....	97
5.3 Les pratiques comme interactions quotidiennes.....	100
5.3.1 Selon la perspective de l'analyse dramaturgique.....	100
5.3.2 Les acteurs et leurs stratégies.....	104
5.4 Les limites et la pertinence de l'étude.....	106
CONCLUSION.....	109
APPENDICE A.....	112
APPENDICE B.....	114
APPENDICE C.....	117
BIBLIOGRAPHIE.....	124

RÉSUMÉ

L'interprofessionnalité peut être décrite comme la mise en interaction de plusieurs intervenants ayant une formation, des connaissances et expériences spécifiques afin de partager une compréhension globale, commune et unifiée d'une personne et de son environnement en vue d'une intervention concertée au moyen d'un partage d'évaluations, d'observations et d'interventions. Les professionnels interagissent selon des règles, des stratégies et leur métier, tout en utilisant leur pouvoir afin de construire une réalité sociale riche et complexe. Au Québec, le contexte actuel dans les établissements de santé et des services sociaux est empreint d'exigences de performance qui relèvent de la vision managériale dominante et influencent la pratique en interdisciplinarité des travailleurs sociaux et autres professionnels. De cette structure organisationnelle complexe émerge l'interdisciplinarité comme norme prescrite. Au-delà de cette prescription, qu'en est-il des pratiques? Le principal objectif de ce mémoire est de documenter le déploiement et l'organisation des pratiques interprofessionnelles dans le quotidien d'une équipe de soutien à domicile œuvrant dans un CSSS. Afin d'y arriver, une recherche qualitative a été menée à l'aide d'entrevues semi-dirigées, à partir de mises en situation, auprès de quatre travailleuses sociales et cinq autres professionnelles. Du corpus de données recueillies, quatre thèmes se dégagent: les pratiques interprofessionnelles, les pratiques organisationnelles, les relations interprofessionnelles ainsi que la communication entre professionnels. L'analyse et la discussion des résultats est menée en utilisant un cadre théorique construit en utilisant des contributions provenant du domaine de la théorie des organisations (Mintzberg, 1990), de la sociopsychanalyse (Mendel, 1998), de la sociologie interactionniste (Goffman, 1973) et de l'analyse des stratégies des acteurs en contexte organisationnel (Crozier et Friedberg, 1977). La présentation des résultats et la discussion permettent de développer une meilleure compréhension des pratiques interprofessionnelles, notamment en regard de la pluralité des conceptions et mises en application de l'interdisciplinarité, de l'absence de consensus entre le groupe des travailleuses sociales et celui des autres professionnelles, du clivage omniprésent entre le travail prescrit et le travail réel, conséquence directe de la lourdeur des exigences et pratiques organisationnelles et influençant toutes les facettes des pratiques interprofessionnelles au quotidien, de la communication entre les différents acteurs concernés jusqu'à la qualité des services aux usagers. Nous espérons que cette recherche amènera les intervenants, sociaux et autres, à se positionner en faveur d'une recontextualisation des enjeux réels de l'interdisciplinarité et proposer des solutions ici, maintenant et pour l'avenir.

Mots-clefs: pratique interprofessionnelle, soutien à domicile, interdisciplinarité, CSSS, travail social

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes.....	52
---	----

INTRODUCTION

Les pratiques interprofessionnelles se déploient et s'articulent sous différentes formes, tant dans le réseau public de la santé et des services sociaux que dans les organismes communautaires québécois. Ces pratiques quotidiennes, dans le contexte spécifique d'une équipe de soutien à domicile (SAD), sont le point d'intérêt premier de cette recherche, rejoignant ainsi mes considérations professionnelles, puisque je travaille dans ce type de milieu depuis un bon moment déjà, bien avant le début de cette étude. Ce mémoire constitue donc le point de départ d'une posture réflexive qui permettra une meilleure compréhension de ces pratiques et, possiblement, contribuera à leur transformation.

Cette recherche se situe à la jonction de diverses réalités et offre une interface propice à la réflexion en regard des pratiques et des enjeux qui y sont reliés. Le décalage entre les discours convenus sur la nécessité d'une interdisciplinarité toujours plus présente dans les milieux de travail et les pratiques interprofessionnelles elles-mêmes suscite notre curiosité depuis longtemps. Notre désir d'approfondir et de présenter de nouvelles connaissances entourant cette réalité ainsi que l'importance grandissante de l'interdisciplinarité dans les équipes où œuvrent des professionnels d'horizons multiples demeurent d'actualité et ont contribué à définir l'orientation de cette recherche. Cette collaboration entre professionnels n'est pas qu'une histoire de travail social et c'est pourquoi il a été jugé important d'inclure dans l'échantillon une diversité de participants afin de pouvoir développer une analyse nuancée et inclusive de ces différentes réalités.

Le travail social, encore à ce jour, se cherche une définition claire et consensuelle. Les intérêts endogènes et exogènes qui s'appliquent à le définir sont variés. Les enjeux politiques, corporatistes, académiques et sociaux servent ainsi de trame de fond à partir de laquelle prend place le débat sur l'interdisciplinarité et se construisent les pratiques

interprofessionnelles. Nous aurions pu nous étendre sur ces diverses définitions proposées et retenues à travers le temps. Cependant, nous avons choisi de mettre de côté ce débat, qui peut être qualifié de vain, qui vise à savoir si le travail social est une vraie discipline ou une profession suffisamment réelle et structurée; la résolution d'un tel débat étant alors vue comme préalable à l'interdisciplinarité. Nous choisissons une autre trajectoire: celle de s'intéresser aux pratiques quotidiennes. L'objectif de cette recherche étant d'apporter un nouvel éclairage à la compréhension des pratiques interprofessionnelles, nous ne pouvons faire fi des acteurs ne pouvant ou ne voulant se réclamer comme appartenant à une discipline. Nous adopterons donc une posture épistémologique inclusive en parlant de pratiques interprofessionnelles.

L'interprofessionnalité n'est pas synonyme de pratique professionnelle sans heurts et sans difficultés. L'enjeu d'une recherche abordant ce sujet relève l'importance d'éclairer cette réalité, car des confusions pouvant mener à des problèmes existent, confusions en lien avec ce que l'on attend des intervenants, ce que leur orientation et formation professionnelle leur demande de faire en termes de travail individuel et d'équipe et ce que nous démontre leur réalité sur le terrain. Cette différence peut être comprise comme étant la différence entre le travail prescrit et le travail réel.

Notre principale question de recherche s'est donc développée autour de l'idée de documenter les pratiques quotidiennes des différents professionnels, de voir quelles sont les difficultés, les obstacles tout autant que les réussites et les bons coups. De voir comment les intervenantes négocient et construisent leurs pratiques en interprétant l'appel constant à l'interdisciplinarité lancé par les directions de chaque établissement, en adaptant leur travail aux processus prescrits et en maintenant l'idée d'une pratique disciplinaire propre à chaque groupe professionnel. En ce sens, la question de recherche de ce travail a été formulée de la manière suivante: comment s'articulent les pratiques interprofessionnelles dans le quotidien des acteurs d'une équipe de soutien à domicile? Nous croyons qu'au-delà d'une perspective visant à les décrire et à les analyser

uniquement dans une optique de gestion du travail, les pratiques interprofessionnelles doivent être mises en lumière. Par la richesse qu'une étude de ces pratiques interprofessionnelles peut apporter en matière de connaissances, de recherche en travail social et des réflexions subséquentes, nous croyons que le travail social ne peut laisser de côté cet élément constitutif de la construction de la réalité des travailleurs sociaux.

Nous tenons à souligner ici qu'à l'origine du projet, notre choix méthodologique se voulait autre que celui utilisé dans le cadre de cette recherche. L'observation participante, s'inspirant d'une approche ethnographique, devait nous servir à collecter les données sous un angle différent et pertinent. L'accès au terrain ne fut guère concrétisé en raison des refus de plusieurs CSSS en Montérégie pour diverses raisons relevant de l'organisation. Les objectifs initiaux de la recherche demeurant intacts, nous avons toutefois dû nous incliner et modifier notre méthodologie pour recourir à des entretiens individuels afin de mener à bien ce projet. Au chapitre 3, la méthodologie utilisée sera davantage explicitée.

Pour rendre compte de cette recherche, ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Dans le premier, nous développons la problématique au cœur de la présente recherche. Le deuxième chapitre campe le cadre théorique. Dans le troisième chapitre, nous décrivons la démarche méthodologique utilisée. La présentation des résultats obtenus auprès des travailleurs sociaux et des autres professionnels suit dans le chapitre quatre. Finalement, dans le chapitre cinq, nous présentons l'analyse des données en lien avec le cadre théorique de la recherche et amorçons une discussion afin de répondre à nos questions de recherche.

CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous décrirons en premier lieu, l'interdisciplinarité comme pratique professionnelle de collaboration, suivie de quelques définitions retenues ainsi que la notion de complexité y étant associée. En deuxième lieu, la pratique interprofessionnelle sera exposée sous les angles suivants: perte de pouvoir, logiques de professionnalisation et de collaboration. En troisième lieu, la standardisation des pratiques sera examinée tout en abordant les craintes, réticences et obstacles en lien avec l'interdisciplinarité. En quatrième lieu, un aperçu du contexte de pratique actuel en CSSS (Centre de services de santé et de services sociaux) et, spécifiquement, celui du soutien à domicile (SAD) seront exposés. Ce chapitre se termine avec la présentation des questions portées par cette recherche.

1.1 L'interdisciplinarité

Au point de départ, l'idée d'interdisciplinarité semble incontournable. « Le soutien accordé à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle au Canada repose sur le postulat selon lequel cette collaboration améliorera les services de santé communautaire de première ligne. » (Barrett et coll., 2006, p.1). Au Québec, nous pouvons déduire que le même postulat représente l'objectif de cette collaboration. « La collaboration interdisciplinaire constitue un scénario souhaitable dans le domaine de la santé puisqu'elle permet une réponse mieux adaptée aux besoins des populations » (idem, p.22).

Qu'en est-il de cette nouvelle forme d'organisation du travail, dans le domaine de la santé et des services sociaux, qui devient le contexte de pratiques interprofessionnelles où l'intervenant social navigue quotidiennement, tant bien que mal? Avant que la vague de l'interdisciplinarité ne déferle sur les organisations, le vocable « travail d'équipe » avait sa place propre.

1.1.1 La collaboration comme pratique interprofessionnelle

Il importe de clarifier les notions de collaboration interprofessionnelle et d'interdisciplinarité, car la confusion est souvent au rendez-vous, autant chez les intervenants que chez les gestionnaires. Selon Lessard (2005), les stratégies des acteurs et les négociations qui se déroulent entre eux font partie de ce qu'on entend par collaboration. De plus, un des avantages à travailler en équipe, toujours selon l'étude qu'elle a réalisée, est de bénéficier des connaissances et des compétences des autres professionnels. Il en ressort également que les réunions interdisciplinaires et les consultations entre pairs sont des lieux de rencontre où « s'orchestrent les processus décisionnels entre les différents intervenants » (Lessard, 2005, p.53). En collaborant, ceux-ci sont encouragés à démocratiser les expertises, à mieux connaître les autres cultures professionnelles, à partager leurs connaissances et à diversifier leurs champs de pratique. Santé Canada (2011) propose également sa définition:

La collaboration interprofessionnelle (...) peut se définir comme le fait de travailler ensemble avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé dont chacun apporte sa propre contribution en vue d'atteindre un objectif commun, au plus grand bénéfice des patients. Chaque personne participe dans les limites de ses fonctions. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui permet aux connaissances et aux compétences des différents fournisseurs de soins d'influencer de façon synergétique les soins fournis en modifiant les attitudes et les comportements, tout en mettant l'accent sur des objectifs et des valeurs centrées sur les patients. (Santé Canda, 2011, p.1)

Dumont (2011), quant à lui, spécifie que l'approche interprofessionnelle est centrée,

non pas sur la profession, mais sur le patient. Cette approche peut prendre différentes formes telles que les communautés de pratiques, les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, entre autres. À l'intérieur de celles-ci, nous retrouvons divers degrés de collaboration comme l'expose l'auteur: le plan de service individualisé (PSI), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), le dossier clinique partagé et les ordonnances collectives, la consultation, les protocoles interprofessionnels et les discussions informelles en sont quelques exemples.

1.1.2 L'interdisciplinarité: définitions

La définition qui semble être retenue le plus régulièrement, dans les écrits québécois des dernières années, est celle fournie par Hébert (1997). Nous ne pourrions la passer sous silence. Il définit donc l'interdisciplinarité comme

(...) le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. (Hébert, 1997, p.2)

L'auteur ajoute également une comparaison avec la multidisciplinarité qui permet de clarifier ces concepts trop souvent utilisés de manière interchangeable.

Alors que la multidisciplinarité (ou pluridisciplinarité) ne nécessite que la présence de plusieurs disciplines rassemblées autour de l'analyse d'un objet commun (évaluation ou intervention), l'interdisciplinarité exige en plus une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègre en un tout cohérent et coordonné. (Hébert, 1997, p.2)

Pour sa part, Robic (s.d.) réfère à Fourez (2001) qui stipule que « le travail interdisciplinaire est tout sauf le rejet du travail disciplinaire. Ce qui caractérise l'approche interdisciplinaire, c'est, au contraire, l'utilisation méthodique des apports

de diverses disciplines en vue de conceptualiser des situations singulières » (Fourez (2001) dans Robic, s.d., p.2). L'auteur (s.d.) poursuit en interprétant la définition de Fourez ainsi : « l'interdisciplinarité permet de spécialiser l'approche d'une personne en utilisant et analysant ce qui dans chaque discipline sera le plus approprié à une situation donnée » (Robic, s.d, p.2).

De son côté, Fortin (2000) affirme que « l'interdisciplinarité vise à mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples » (Fortin, 2000, p.1). Il suggère un complément à sa définition en y ajoutant des caractéristiques qui contribueraient à une équipe interdisciplinaire dans un monde idéal. Cette équipe emploie des personnes ayant des formations différentes mais en étant complémentaires. Reconnues comme étant compétentes en lien avec le mandat, conscientes de leurs limites au plan de leurs compétences et de leurs capacités, elles auraient une vision d'ensemble d'un problème. Le fait qu'elles soient capables d'établir une cible visée commune, qu'elles aient un intérêt à participer aux échanges interdisciplinaires qui impliquent la créativité et la capacité à un partage du pouvoir de manière respectueuse font d'elles des personnes « idéales ». La reconnaissance des compétences de leurs collègues, la volonté de prendre des décisions et d'en être imputables, la capacité d'adaptation, l'ouverture à l'inconnu et aux différences, l'acceptation d'être interdépendants les uns envers les autres, la capacité de communiquer et d'exprimer ses idées avec souplesse et respect, la capacité à donner et recevoir du « feed-back » tout en faisant preuve d'une assurance quant à leur identité professionnelle font partie également des caractéristiques des membres de cette équipe de rêve. Toutefois, il va de soi que la réalité est tout autre. Cette vision idéale de l'équipe travaillant en interdisciplinarité rencontre la réalité terrain créant tensions et jeux de pouvoir.

D'autre part, Sellamna (s.d.) nous présente l'interdisciplinarité comme étant très

variable. Sa proposition s'articule davantage selon des critères plutôt que selon une définition classique de l'interdisciplinarité. Il est question des critères qui sont pris en compte dans les différents degrés de l'interdisciplinarité, soit le nombre de disciplines, le degré de similarité entre les disciplines, la nouveauté et la créativité impliquées dans l'association des disciplines et leur degré d'intégration.

Une dernière définition que nous avons retenue est celle de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Ici, l'interdisciplinarité n'y est pas définie: il s'agit plutôt du concept de l'équipe interdisciplinaire qui est expliqué. « Dans une équipe interdisciplinaire, les résultats des évaluations, des observations et des interventions réalisées par les différents professionnels et autres intervenants sont mis en commun en vue de partager une compréhension globale de la situation et de s'entendre sur des objectifs communs d'interventions. Les membres de l'équipe interdisciplinaire travaillent ensemble. » (OTSTCFQ, 2012, p.VIII).

La définition que nous retenons dans le cadre de cette recherche trouve ses assises dans celles proposées par Fortin (2000), Hébert (1997) et l'OTSTCFQ (2012). En bricolant une définition de l'interprofessionnalité, nous évitons de nous cantonner derrière la pensée d'un auteur unique et, ce faisant, proposons une définition plus inclusive. Donc, pour nous, l'interprofessionnalité vise à mettre en interaction plusieurs intervenants ayant une formation, une connaissance et une expérience spécifiques afin de partager une compréhension globale, commune et unifiée d'une personne et de son environnement en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire d'évaluations, d'observations et d'interventions.

1.1.3 Quand la complexité est au rendez-vous

Dans les textes consultés pour cette recherche, il appert que l'utilisation d'une approche

interdisciplinaire comporte certains avantages, notamment lorsque le niveau de complexité des situations sociales augmente. Par exemple, Fortin (2000) souligne que « plus il y a d'intervenants impliqués, plus l'importance de la coordination augmente » (Fortin, 2000, p.2). L'objectif ici n'était pas de présenter l'approche interdisciplinaire comme une panacée, mais plutôt de faire état d'un assez large consensus sur le lien entre la complexité des besoins d'une personne et de sa famille et certains avantages à utiliser cette approche quand le niveau de complexité augmente. Les liens entre la complexité et l'interdisciplinarité ne datent pas d'hier. À cet effet, il y plus de 20 ans, Turcotte (1993), dans le cadre d'un écrit sur les PSI auprès de la clientèle présentant une déficience intellectuelle, faisait état que la complexité des problèmes et que l'ensemble des ressources disponibles amènent à penser qu'« une approche efficace du problème ne peut reposer sur un seul intervenant » (Turcotte, 1993, p.72). Nous relevons la notion de promotion de l'efficacité qui était également présente. Le choix du domaine de soutien à domicile pour mener cette recherche, en raison de la complexité des situations rencontrées, n'y est pas étranger.

Sellamna (s.d.) propose deux avantages de l'interdisciplinarité lorsqu'une situation complexe nécessite une vision globale. La complémentarité des disciplines qui offre un meilleur éclairage et la créativité qui, à l'aide des interactions entre les professionnels, permet une remise en question des opinions tout en encourageant une forme d'originalité et d'innovation dans les explications et solutions proposées. En ce sens, Fortin (2000) souligne que pour le traitement d'un cas complexe, un individu est parfois incapable d'avoir une vision globale sans l'apport des autres disciplines. Le comité de soutien à la qualité du PQDCS (MSSS, 2002), en se basant sur leur recherche de documentation scientifique dans le domaine de l'investigation et du traitement du cancer du sein, démontre qu'aux États-Unis le modèle interdisciplinaire prend une place de plus en plus importante. S'imposant comme une norme, ce modèle est mis à l'avant-plan en raison de la complexité du diagnostic et du traitement afin d'offrir une approche globale aux femmes.

1.2 De la pratique professionnelle à la pratique interprofessionnelle

1.2.1 Une réelle perte de pouvoir?

La pratique des travailleurs sociaux peut se décliner sous diverses formes (OPTSQ, 2006; OTSTCQ, 2012) Avant d'apporter un éclairage particulier sur les pratiques interprofessionnelles, la pratique professionnelle sera abordée succinctement. Dans les équipes de travail qui œuvrent, entre autres endroits, dans les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), la pression bureaucratique provenant de l'implantation de nouveaux procédés de travail transforme l'idée d'une pratique interdisciplinaire en victime collatérale. Chez plusieurs travailleuses sociales, son implantation est associée à une perte, réelle ou ressentie, de pouvoir.

Les modifications apportées depuis plusieurs années amènent chez ces intervenants une diminution du sentiment de liberté, une impression d'être des techniciens dans l'exécution de certaines tâches. Ils se sentent pris dans un système où les données probantes, le médical et la quête d'efficacité sont omniprésents et croient en la diminution de leur autonomie professionnelle (Turcotte, 1993). Notre expérience nous laisse croire que cette situation, décrite par l'auteur il y a deux décennies, persiste.

En tenant compte du contexte actuel dans le système de santé et des services sociaux au Québec, plus particulièrement dans les CSSS et spécifiquement dans les équipes de soutien à domicile, la médicalisation des pratiques et des orientations, les nouvelles priorités dont l'interdisciplinarité fait partie, qui s'est présentée comme une façon de faire optimale. Est-il surprenant que le travailleur social se sente en perte de pouvoir? Nous croyons que non. Mais qu'en est-il de son pouvoir dans le cadre d'une équipe interprofessionnelle? Nous avançons avec le postulat que le travailleur social a un certain pouvoir au sein de ces équipes. Parfois il en est conscient, parfois non. Selon

nous, ce pouvoir s'exerce, entre autres, dans les interactions auxquelles il prend part quotidiennement, dans divers espaces. Ce pouvoir n'est peut-être pas celui souhaité, mais il est présent.

Dans Bourque (1991), un des protagonistes souligne qu'il est important de faire part de certains refus de s'investir dans des pratiques plus novatrices, de la part de certains intervenants, pour ne pas partager le pouvoir ou parce qu'ils se sentent menacés. Ces propos datant du début des années quatre-vingt-dix démontrent que la Nouvelle Gestion Publique (NGP) et la Réforme Couillard (2003) ne sont pas les uniques raisons de ces réticences au changement. Il est toutefois plus facile et moins déstabilisant d'y référer en totalité que de se questionner et de réfléchir aux manières de repenser la pratique, en tenant compte de ce qui est inéluctable. En ce sens, Vandal (1994) croit que le partage des savoirs de chacun et la contribution de tous est la route qui doit être prise pour renouveler la pratique.

1.2.2 Logique de professionnalisation / Logique de collaboration

La logique de professionnalisation contribue au discours sur la crainte de perdre une spécificité professionnelle. Toutefois, bon nombre de professionnels du domaine de la santé adoptent, en grande partie, celui associé à la logique de collaboration comme la vision humaniste de la personne, l'approche centrée sur la clientèle, la reconnaissance du droit à l'auto-détermination de celle-ci et une vision bio-psychosociale de la personne qui est en interaction avec son milieu. Cependant, le partage et l'intégration des savoirs, le partage des zones d'intervention, le partenariat interactif de même que l'intersubjectivité sont des indicateurs qui ne font pas l'unanimité dans la réalité quotidienne de plusieurs professionnels. Des relents de la logique de professionnalisation sont présents en ce qui a trait aux frontières, aux territoires professionnels et à l'objectivation d'une situation.

Nous sommes en présence d'une forme que nous qualifions d'hybride, où deux logiques différentes peuvent soit se rapprocher soit bien s'en éloigner. La logique d'articulation et de complémentarité (logique de collaboration), soulevée par Desbonnet (2005) en s'inspirant des travaux de D'Amour, se voit donc opposée à une logique identitaire (logique de professionnalisation) qui a comme assise un contexte de rivalité et de concurrence. Comme nous venons de le soulever, les deux logiques dialectiques sont présentes et le résultat hybride évoqué résulte de la différence entre le discours des professionnels, les exigences du milieu et les interactions et actes des différents acteurs.

1.3 La standardisation des pratiques

Les différentes Commissions, lois et exigences ministérielles concernant les services de santé et des services sociaux sont venues formaliser les pratiques interprofessionnelles (Richard et coll., 2007). Que ce soit par des exigences de coordination (gestion de cas, PII, PSI, intervenant pivot) ou d'approche interdisciplinaire, la collaboration sous-entendue dans les pratiques interprofessionnelles ne se fait plus uniquement informellement. Prenons ici l'exemple dans le domaine de l'investigation et du traitement du cancer du sein. Le fonctionnement interdisciplinaire regroupe l'évaluation par triple stratégie diagnostique, le soutien psychosocial, les rencontres de discussions de cas, l'utilisation de guides de pratique et l'adoption de différents mécanismes qui assurent la qualité. Le comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (MSSS, 2002) recommande que les centres désignés offrent des services d'une équipe multidisciplinaire où l'approche interdisciplinaire est utilisée avec la tenue, pour des discussions de cas, de rencontres interdisciplinaires. Le cadre de référence de ce programme recommande la présence dans les équipes multidisciplinaires d'au moins un minimum d'un radiologiste, d'un chirurgien, d'un pathologiste ainsi qu'un ou des professionnels qui assument les fonctions d'intervenant pivot, d'intervenant psychosocial et de gestionnaire clinique.

1.3.1 La standardisation de certaines pratiques: rupture ou continuité?

Le risque ici est de confondre l'apparition de certains de ces mécanismes ou outils visant à standardiser ces pratiques avec l'apparition de l'interprofessionnalité. Elles existaient bien avant qu'un intérêt pour la recherche et pour l'encadrement officiel des pratiques interprofessionnelles prenne de l'ampleur. Le degré de collaboration était certes différent et les cadres dans lesquels elles s'articulaient également. Notons toutefois que les réunions multidisciplinaires, la collaboration entre médecin et infirmière, la coordination exigée lors des PSI ou encore la collaboration des travailleurs sociaux de différentes institutions ne datent pas d'hier. La différence majeure réside dans le fait que la collaboration interprofessionnelle est favorisée et valorisée par les politiques, cadres de référence et projets cliniques afin, entre autres, d'atteindre des objectifs d'efficacité et de qualité.

L'interdisciplinarité, la gestion de cas et l'harmonisation des services et pratiques sont des principes à la base dans des orientations du Ministère de la santé et des services sociaux depuis le début des années 2000, servant ainsi de toile de fond aux pratiques interprofessionnelles qui ont surtout lieu dans les CLSC (Centre local de santé communautaire). Certains milieux de pratiques n'ont pas attendu les orientations ministérielles pour effectuer un tournant de la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité. « Avant même la fusion, il y avait des équipes multi qui appliquaient déjà l'approche interdisciplinaire. » (Bourque et coll., 2010, p.89). Certains autres milieux, comme les hôpitaux, même s'ils sont maintenant fusionnés et font partie intégrante des CSSS et du continuum de services attendu du MSSS; semblent résister à l'interdisciplinarité. La hiérarchie basée sur la primauté du médical est encore présente et semble un état de fait pour beaucoup de professionnels.

Au début du siècle, la pratique des intervenants psychosociaux en CSSS s'est modifiée

à divers degrés en tenant compte du contexte qui prévalait à ce moment. De nos jours, certains intervenants participent d'emblée aux pratiques interprofessionnelles et ressentent moins les craintes envers leur pratique et statut au sein des équipes. Cependant, certains autres semblent y participer à reculons. Plusieurs des réfractaires ou des intervenants moins enclins aux pratiques interprofessionnelles peuvent associer l'interdisciplinarité, davantage formelle et organisée, à la création des CSSS et à l'alourdissement de la clientèle. Les derniers changements majeurs, dans le domaine de la santé et du social au Québec, se font sentir dans les milieux de pratique à travers le discours de certains intervenants. Par le fait même, ceux-ci résistent encore aux changements comme pour démontrer qu'avant, les pratiques étaient « parfaites ».

Dans l'étude réalisée par Bourque et coll. (2010), l'éclairage est mis sur le fait que certains changements de la pratique psychosociale ne sont pas nécessairement en lien avec la création des CSSS quoique faisant partie de l'expérience : « (...) la gestion de cas faisait partie des orientations ministérielles avant 2004 » (p.X). Comme nous l'avons souligné précédemment, le contexte d'intervention ainsi que la transformation de la tâche attribuée au travailleur social ont subi des transformations. Cependant, en ce qui concerne directement la pratique interprofessionnelle, le passage des pratiques disciplinaires ou multidisciplinaires aux équipes interdisciplinaires, entre autres, par la collaboration que nécessite le continuum de services et la gestion de cas, peut être considéré comme un tournant officialisé vers une certaine forme de pratiques interdisciplinaires. Associée à cette nouvelle façon de travailler est reliée la notion de coordination qui demeure la responsabilité de l'intervenant pivot.

1.3.2 L'intervenant: pivot et/ou coordonnateur?

En 2003, la politique de soutien à domicile du MSSS (*Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*), affirme que, dans l'équipe de soutien à domicile, le professionnel le plus significatif coordonne les services. À partir de ce moment, cette

forme d'intervention interprofessionnelle s'organise autour de l'intervenant pivot qui doit s'assurer de la collaboration des professionnels de l'équipe et des autres services ou personnes (organisme communautaire, centre hospitalier, proches aidants, etc).

L'intervenant social, souvent désigné comme intervenant pivot, se voit donc officiellement intégré dans une collaboration interprofessionnelle exigée par ce rôle de coordination. Il doit alors assumer deux rôles: celui d'intervenant faisant partie de l'équipe comme professionnel et celui de coordonnateur. La confusion engendrée par ces deux rôles et le double niveau de hiérarchie est vécue par le travailleur social ainsi que par les autres professionnels. Il serait plus clair si le rôle de coordination était rempli par un intervenant n'étant pas impliqué directement dans le dossier. Cependant, sur le terrain, la réalité est tout autre. Le professionnel, surtout l'intervenant social, se retrouve dans des dossiers dans lesquels il est impliqué en position de double tâche.

L'intervenant pivot peut être désigné autrement par l'organisation (gestionnaire de cas), selon les besoins de certaines personnes en perte d'autonomie et le niveau d'implantation et de la fluidité des corridors de services nécessaires à la gestion de cas. Concernant la forme de coordination qu'est la gestion de cas, les cadres rencontrés par Bourque (2010) affirment que le travail social va se modifier. Ce changement est déjà réalité dans plusieurs milieux. De voir la pratique psychosociale passer au second plan rend les travailleurs sociaux méfiants relativement à la collaboration et la coordination interprofessionnelle.

La pratique de la gestion de cas, qui permet un soutien à la continuité des services par la coordination, découle de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (loi 25¹). On note toutefois

1. L'adoption, en 2003 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) « a entraîné une modification majeure des structures du système de la santé et des services sociaux québécois en créant les réseaux locaux de services (RLS). Au « cœur »

qu'elle était déjà présente dans la politique de soutien à domicile parue en 2003 (*Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*). L'OPTSQ explique que « la notion de gestionnaire de cas (gestion de cas) s'est imposée au fil des ans dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, et surtout depuis la fin des années 90 » (OPTSQ, 2006, p.5).

Certains des objectifs de la loi 25 étaient de généraliser et d'uniformiser les pratiques professionnelles, d'intégrer les services et de soutenir la gestion de cas, comme le soulignent Carrier et coll. (2005). La gestion de cas était un des dispositifs servant à l'implantation de cette politique. Par le passé, la gestion de cas était présentée sous différentes formes, mais celle dont il est question ici est relativement nouvelle. La hiérarchie qu'elle sous-tend par la coordination demandée place l'intervenant social (qui est plus souvent qu'autrement le gestionnaire de cas en CLSC et l'intervenant pivot) en position de pouvoir comparativement à ce que l'on peut observer en milieu hospitalier, où le médecin assure en grande partie la coordination. Ce pouvoir et cette hiérarchie teintent les interactions professionnelles quotidiennes. Pour Carrier et coll. (2005), « la pratique de la gestion de cas, dans sa forme actuelle, est une figure forte qui émerge dans le domaine de l'intervention, et elle pourrait grandement modifier le portrait de la pratique professionnelle au Québec dans les métiers de l'intervention sociale » (p.184). Cette modification anticipée par ces auteurs est déjà amorcée.

Malgré le fait que certains travailleurs sociaux voient la gestion de cas comme une menace à leur autonomie et à leur spécificité, Carrier et coll. (2005) viennent à la conclusion qu'on ne peut refuser d'emblée, en tant que travailleur social, l'investissement de la tâche de gestionnaire de cas. Ils énoncent qu'il faut considérer

de ces réseaux locaux se trouve un nouvel établissement, résultant de la fusion forcée de l'ensemble des établissements d'un même territoire, nommé centre de santé et de services sociaux (CSSS). C'est à ce nouvel établissement qu'est déléguée la responsabilité de la santé de la population du territoire » (Bolduc, 2013, p.1).

les risques rationnellement pour éventuellement s'y attaquer. Ces risques sont présents, mais l'éclatement des silos d'intervention force le métissage et peut aussi procurer un surcroît de légitimité au travail social tout en offrant un terrain pour certains débats. De plus, le rôle de gestionnaire de cas amène, selon les auteurs, une réflexion en lien avec l'interdisciplinarité et ses enjeux et ces derniers notent que la gestion de cas « est en quelque sorte une figure incarnée de l'interdisciplinarité, et ce, à l'image du travail social en tant que tel » (Carrier et coll., 2005, p.186). Le travailleur social se sentant menacé pourrait utiliser davantage sa capacité réflexive afin de déterminer et analyser les fondements réels de sa perception de menace. La surcharge de travail devrait également être prise en compte quand les réticences et craintes sont évoquées.

1.3.3 Quand l'interdisciplinarité rime avec craintes, réticences et obstacles

Les relations interprofessionnelles ne sont pas exemptes de craintes, de réticences dans le discours des praticiens. Certaines de ces craintes et difficultés sont en lien avec le fait que les conditions de réussite du travail interdisciplinaire ne sont pas toujours rencontrées ou, du moins, ne le sont qu'en partie. Pour Sellamna (s.d.), il faut y retrouver des objectifs partagés qui constituent une condition à la base de cette forme de pratique. Pour ce faire, « une bonne manière pour les équipes d'explorer leurs différentes opinions et de trouver un terrain commun consiste à élaborer une définition commune de la problématique » (Sellamna, s.d., p.5). Puis, vient l'utilisation au mieux des activités individuelles et collectives en identifiant les contributions de chaque discipline et les compétences individuelles. Comprendre le système de valeurs des autres disciplines aide à atténuer les incompatibilités méthodologiques, conceptuelles de même que les malentendus linguistiques. La dernière condition soulevée par l'auteure est d'avoir un modèle interdisciplinaire cohérent pour travailler de manière efficace.

Certaines conditions de réussite de l'interdisciplinarité n'étant pas toujours réunies, des irritants rendent difficile, voir parfois impossible, la pratique interprofessionnelle, car

les travailleurs sociaux doivent, selon Bourque et coll. (2010), œuvrer avec des collègues qu'ils ne connaissent pas et qui peuvent être imposés. Un manque de temps pour des rencontres organisées ou nécessaires au rôle de coordonnateur, un manque d'intérêt, un manque de connaissances, un manque de confiance en eux et en les autres peuvent également entraver le travail prescrit (interdisciplinarité) par l'employeur. En ce sens, Fortin (2000) considère très important d'établir des limites claires tout en travaillant à consolider sa propre identité professionnelle avant de s'engager dans la rencontre avec autrui. Nous ajouterions également que ces rencontres impliquent des systèmes de valeurs qui peuvent être différents ainsi que des expériences personnelles et professionnelles variées qui doivent être considérées. Robic (s.d.) présente, quant à lui, la difficulté des décisions prises par un groupe en tenant compte de certains facteurs comme les stratégies des acteurs, les incompréhensions, les jeux de pouvoir, entre autres, qui ont un point commun : l'identité professionnelle. Certains intervenants psychosociaux y voient une façon de faire afin de reconnaître l'importance du travail social dans une équipe, tandis que d'autres se sentent menacés par les autres professionnels de l'équipe.

Au soutien à domicile, certains outils standardisés comme l'OEMC² (outil d'évaluation multiclientèle) accompagnent la trame de fond aux pratiques interprofessionnelles, en lien avec les exigences ministérielles et de l'employeur (CSSS). Ce cadre peut amener certains travailleurs sociaux à être rébarbatifs à la pratique interprofessionnelle en mettant surtout l'accent sur cette standardisation et sur une possible perte d'autonomie professionnelle au détriment de la richesse de l'apport et des interventions des autres professions dans le travail auprès de la clientèle (Bourque et coll., 2010).

2. Pour le MSSS, l'OEMC (outil d'évaluation multiclientèle) est l'outil de base pour l'évaluation des besoins et la planification des services des clientèles ayant des besoins de services de soutien à domicile. Le choix de cet outil par le ministère est lié au fait que celui-ci est standardisé et considéré comme valide et fiable (MSSS, 2004).

Les équipes interdisciplinaires se sont constituées officiellement peu à peu, entraînant, dans le secteur des services de première ligne, un décloisonnement des pratiques et, par le fait même, une ouverture aux autres professionnels. Cependant, comme le soulignent Bourque et coll. (2010), le travail en équipe interdisciplinaire ne va pas de soi non plus : « Les (travailleurs) sociaux, on est beaucoup plus sollicités qu'avant dans les équipes par nos infirmières. » (Bourque et coll., 2010, p.57). En contrepartie, les auteurs rapportent les propos d'autres intervenants qui voient le travail interdisciplinaire sous un autre angle :

Il y a toutefois espoir que le travail en équipe interdisciplinaire « va faire en sorte qu'on va avoir des liens (...) et si tout le monde observe les mêmes choses, peut-être que tu peux en arriver que ça se détériore plus. (...) Mieux, si on est dans une petite équipe, peut-être qu'on peut éliminer des papiers en redonnant l'importance au partage direct d'informations. (Idem, p.58)

Dans son étude, Lessard (2005) explique que la collaboration interdisciplinaire continue de rencontrer des obstacles de taille, même si la littérature nous démontre que l'efficacité des organisations et l'amélioration des services de santé découle, entre autres, de la collaboration interdisciplinaire. Dans la littérature sur les pratiques interprofessionnelles examinée par celle-ci, les divers auteurs consultés en viennent à un moment ou à un autre à nommer les réticences, les craintes des intervenants sociaux en regard de ces pratiques :

Ainsi, la disparité des points de vue face à la collaboration, le manque de connaissance face à la contribution des différentes professions et l'expression de l'autonomie professionnelle constituent encore des freins à l'établissement de la collaboration interdisciplinaire dans le milieu de la santé (Clair, 2000; D'Amour, Sicotte et coll., 1999; Fowler, Hannigan et coll., 2000). (Lessard, 2005, p.4)

Qui plus est, pour certains, la collaboration interdisciplinaire demeure souvent idéologique (Lessard, 2005). Quant à elle, Sellamna (s.d.) soulève les sources classiques de conflits : les malentendus linguistiques, les incompatibilités

conceptuelles et méthodologiques. Cependant, les pratiques interprofessionnelles peuvent également être une plus-value pour l'intervenant social et le clinique; tout dépend de l'angle dans lequel l'interdisciplinarité et les pratiques associées sont expliquées et perçues ainsi que l'intérêt envers ces pratiques en mutation.

En effet, il existe des façons de faire et de penser qui s'adaptent aux autres réalités professionnelles, sans que la spécificité ne soit perdue. Il faut toutefois accepter d'agir dans certaines zones grises où les limites peuvent être brouillées. Le partage d'un certain pouvoir et l'ajustement de ses interventions à celles des autres font partie également de l'acceptation de la modification des pratiques. En ce sens, une des recommandations proposées, dans le rapport de recherche sur le travail en équipe dans les services de santé au Canada (Barrett et coll., s.d.), concerne un changement de mentalité sur la façon de travailler ensemble, pour les professionnels de la santé, en tenant compte de la résistance au changement et des préjugés présents dans les champs de pratique.

Il ne faut pas se leurrer: les travailleurs sociaux ne sont pas les seuls à résister. Pour les auteurs de ce rapport, « les soignants ont besoin de régler les problèmes de « protection du territoire » et d'adopter des objectifs communs; puis, d'éliminer les structures de pouvoir hiérarchiques traditionnels, et de renseigner les patients à propos des façons dont chacun des membres de l'équipe contribuera à le soigner » (Barrett et coll., s.d., p.16). En somme, le travail interdisciplinaire est à la fois impossible et inévitable. Impossible, si l'idéal inaccessible qu'il représente nous pousse à y renoncer dès les premières difficultés. Inévitable, si nous souhaitons prendre notre place et faire des interventions efficaces auprès de personnes souffrant de problèmes complexes et difficiles à soulager (Fortin, 2000, p.40).

1.4 Le contexte de pratique

1.4.1 Le travail social dans le réseau public québécois de la santé et des services sociaux

La pratique du travail social ne peut être abordée ni étudiée sans tenir compte du contexte qui prévaut dans le réseau public de la santé et des services sociaux. À l'ère de la NGP et des réformes du système de santé au Québec, ce nouveau contexte organisationnel teinte les attentes, voir les exigences de l'employeur envers les professionnels. Ce contexte modifie également certaines pratiques et intervient dans les interactions que les travailleurs sociaux ont avec la clientèle, leurs employeurs et les différents professionnels avec qui ils travaillent.

Le travail social au Québec est passé d'une œuvre charitable pour ensuite se laïciser et se professionnaliser. Cela ne s'est pas produit sans heurts. Pour comprendre où en est rendu le travail social et sa pratique au Québec, un survol de l'histoire est incontournable pour en arriver à le situer à ce jour. Plusieurs auteurs (Bolduc, 2013; Caron-Gaulin, 1985; Charpentier, 2002; Hébert, 2014; Poulin, 1982; Rousseau, 1987; Roy, 1994) soulignent que les différentes réformes, les politiques sociales, les politiques au niveau de l'organisation des services de soins de santé et du social, les enjeux corporatistes, les planifications stratégiques proposées par les diverses Agences de la santé et des services sociaux placent les professionnels du domaine de la santé et du social dans un contexte en constante évolution et en mouvance. Comme pour beaucoup des champs de pratique, ces études (Bourque et Vaillancourt, 2012; Charpentier, 2002; Roy, 1994) démontrent que l'histoire du soutien à domicile est liée de près à la transformation de l'État et par le fait même à ses politiques sociales, ses orientations et ses changements de cap fréquents.

L'environnement dans lequel évolue le travailleur social n'est plus celui qui prévalait, au Québec, lors de l'émergence de l'État Providence. Les crises qui l'ont affecté, certains diront démembré, ainsi que les réformes au niveau de la santé et du domaine social, combinant la gestion axée sur les résultats, l'intégration régionale et la fusion d'établissements, comme le souligne Dupuis et Farinas (2010), ont amené de nombreuses transformations dans les contextes de pratiques des intervenants sociaux et des pratiques elles-mêmes. L'exercice professionnel, dans les secteurs de l'intervention sociale, s'exerce dans de nouvelles conditions suite à la mise en place de la dernière réforme³ (Parazelli, 2010). Conjuguées aux nouvelles pratiques managériales, les données probantes et les meilleures pratiques, en tant que nouvelles formes de gestion du social, font désormais partie intégrante d'une quête de performance organisationnelle (Jetté et Goyette, 2010). La réforme Couillard (loi 25 et 83⁴), avec ses exigences de performance, d'efficacité et d'efficience, entre autres, justifie le discours managérial et les pratiques chez les gestionnaires des CSSS qui découlent de la NGP, pratiques qui auparavant étaient l'apanage du privé. Notons que ce contexte organisationnel, au sens large, semble également justifier une certaine partie du discours de la part des intervenants qui y voient des aspects négatifs derrière lesquels ils peuvent se cacher pour résister au changement. Les critiques concernant les nouvelles formes de gestion et ses techniques mises en place pour parvenir à une saine gestion (fusion d'établissement, ententes de gestion, approche LEAN, optimisation) sont nombreuses (Bolduc, 2013). Les travailleurs sociaux y participent, mais ne sont pas les seuls. Les écrits provenant de la recherche sociale relèvent davantage les aspects négatifs de cette réorganisation et ses impacts réels ou anticipés. L'environnement de

3. L'auteur fait ici référence à la Réforme Couillard de 2003 et non celle qui est en cours présentement qui est pour l'instant nommée sous le vocable de réforme Barette.

4. Allant dans le même sens que la loi 25, « le gouvernement a confirmé, à l'aide de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 83), la décentralisation de la responsabilité de la santé de la population au niveau local. Cette loi oblige les CSSS à mettre en place un projet clinique, dans lequel le CSSS doit présenter, entre autres, un diagnostic de la santé de la population de son territoire ainsi que son offre de services pour répondre aux besoins de la population (Bolduc, 2013, p.2).

pratique où est associée l'obligation de répondre aux trop nombreuses exigences qui alourdissent la pratique et le sens que les professionnels veulent continuer de lui donner occupe un espace non négligeable dans la problématique.

En ce sens, Dupuis et Farinas (2010) adoptent une lecture critique de certains principes organisationnels du managérialisme proposant une vision de l'organisation comme une machine, des fusions d'établissements sociosanitaires et de l'intégration des systèmes multiorganisationnels de santé et de services sociaux. Une des propositions que font les auteurs pour faire suite aux critiques soulevées par la NGP, est que l'« on aurait avantage à voir un peu plus nos organisations de services humains complexes comme des institutions sociales organiques fondées sur la pratique compétente de ceux qui donnent les services et un peu moins comme des machines conçues par ingénierie organisationnelle » (Dupuis et Farinas, 2010, p.63).

L'ouvrage de Bien-Aimé et Maheu (1997) montre que le postulat faisant état de la taylorisation des services sociaux par les gestionnaires du social est réfuté, selon leur analyse des pratiques. Les auteurs mettent en évidence que des indices vers une certaine taylorisation des établissements du réseau des services sociaux sont présents. Toutefois, ils affirment que les pratiques complexes de travail que sont celles en intervention ne permettent pas au travail social d'être taylorisable; ce qui n'empêche pas qu'on cherche à le faire. De par certaines marges de manœuvre, qui permettent aux intervenants de ne pas se situer dans les deux paramètres analysés de la taylorisation, les intervenants n'exécutent pas des tâches simplifiées à l'extrême et n'exécutent pas mécaniquement les tâches qui leur sont confiées. Certains intervenants sont davantage résistants que d'autres en ce qui concerne les contraintes issues de la direction, de l'établissement et du contexte général des services sociaux. Des contraintes qui semblent s'être multipliées depuis les dernières années et qui ne relèvent pas nécessairement de la taylorisation. Les auteurs nous apportent donc une lecture nuancée quant au discours sur la taylorisation du travail social. Cependant, compléter des formulaires en nombre

impressionnant, cocher des cases sur des formulaires standardisés, adopter des méthodes et une philosophie de gestion LEAN⁵, devoir rendre des comptes sur sa pratique régulièrement dans une vision d'optimisation, entre autres, pourraient être considérés, en tenant compte de la réalité actuelle, de taylorisation.

Le discours nuancé envers la NGP ne jouit pas d'une forte popularité au sein des intervenants sociaux, ni des autres professionnels d'ailleurs. Le portrait actuel qui est davantage mis à l'avant-plan et critiqué est que des facteurs inhérents, certains diront contingences, comme les outils standardisés, le manque de personnel, les ressources insuffisantes, les listes d'attente, les visions différentes du client/usager, la reconnaissance de la spécificité du travail social dans une structure où la médicalisation est omniprésente, l'efficacité et les balises reliées aux structures en place sont parties prenantes de la réalité de plusieurs intervenants. Pourtant, il nous apparaît important de souligner qu'il existait des mécontentements quant au contexte de pratique et aux pratiques elles-mêmes, dans le Québec d'avant les années 2000 (Bourque, 1991). La réalité n'est pas que contingences et il existe des marges de manœuvre, des pratiques que certains travailleurs sociaux utilisent pour faire sens dans leur acte de travail. Les pratiques quotidiennes nous éclairent davantage sur ces marges de manœuvre.

1.4.2 Le soutien à domicile en mouvance

Les termes utilisés par les professionnels pour définir le soutien à domicile sont empreints d'une signification et d'une orientation qui prévaut dans les milieux où ils sont utilisés et se sont modifiés en regard de l'évolution des contextes de pratique. Nous utilisons donc le terme « soutien », qui se trouve à être une modification du terme d'origine (maintien), car « c'est du soutien à domicile qui est visé par les activités visant

5. Philosophie, Outil de gestion découlant de la méthode Toyota qui favorise un contrôle accru des actes pratiqués dans le réseau de la santé et des services sociaux.

l'autonomie de la personne dans son milieu naturel » (Roy, 1994, p. 8). Cependant, ce choix peut être questionné, car l'alourdissement de la clientèle (Dumont-Lemasson, 1994; Roy, 1994) et l'accent est mis sur le fait de demeurer à domicile le plus longtemps possible dans la politique de soutien à domicile (MSSS, 2003) peuvent mener certaines personnes à penser « qu'on « maintient » désormais à domicile ces usagers qui ont peu de chance de voir restaurer leur autonomie » (Roy, 1994, p.8).

Plusieurs études suggèrent (Bourque et Valliancourt, 2012; Charpentier, 2002; Poulin, 1982; Roy, 1994), que l'évolution du soutien à domicile peut être divisé en différents stades qui ont évolué en parallèle des politiques sociales de la province. Premièrement, à partir des années 1970, la prise en charge et la structuration des services de soutien à domicile ont été intégrées au réseau public. L'état a adopté un discours visant la désinstitutionnalisation et le maintien à domicile pour réduire le taux grandissant de personnes ayant recours à l'hébergement. Ayant contribué grandement à cet état de fait, le constat est « qu'au début des années 1980 le Québec enregistrerait l'un des taux d'hébergement en institution des aînés les plus élevés en Occident » (Roy, 1994, p.10). Comme solution de remplacement à l'hébergement, la politique officielle en matière de services à domicile de 1979 proposait des services à domicile bonifiés. Certaines motivations en lien avec l'alourdissement de la clientèle en devenir, le courant de pensée dominant et la perspective du vieillissement de la population étaient sous-jacentes au changement de discours du gouvernement et des modifications souhaitées par celui-ci. Cependant, la crise économique qui a sévi au début des années 80 a provoqué, dans le secteur des finances, une problématique quant à ce qui était souhaité. L'argent disponible allait vers les centres d'hébergement et il n'y avait pas d'argent neuf pour les nouveaux services de maintien à domicile (Roy, 1994).

C'est dans ce contexte qu'apparut l'alourdissement des clientèles. Dans la première moitié des années 80, le sous-financement chronique compromettait les services en lien avec les nouveaux besoins de la clientèle. Par la suite, le discours sur l'éloge du

partenariat avec la communauté et les familles connu un essor marqué : « tous les documents d'orientation qui ont paru par la suite devaient s'inscrire dans cette perspective commune (Comité de la santé mentale, 1987; Commission Rochon, 1998; MSSS, 1989a et b, 1990a, 1992a; Pelletier et al., 1991). » (Roy, 1994, p.20).

1.5 Questions de recherche

Nous venons d'exposer le décalage qui semble exister au niveau des pratiques interprofessionnelles entre le travail prescrit (interdisciplinarité, approche interdisciplinaire) et le travail réel (pratiques interprofessionnelles sur le terrain au quotidien). Un autre décalage motive cette recherche : la différence que nous observons quotidiennement, dans notre travail, entre le discours sur les pratiques dans une équipe interdisciplinaire et les dites pratiques. En abordant la pratique interprofessionnelle, nous voulons traiter sous un angle différent cette problématique. Nous voulons documenter comment les différents professionnels travaillent ensemble; leurs succès, leurs difficultés et leurs échecs. Nous proposons d'explorer les pratiques au-delà du discours, car nous sommes conscientes que celui-ci n'est qu'une partie de la réalité quotidienne.

La méthodologie utilisée pour cette recherche ne nous permettra pas de généraliser les résultats à toutes les équipes de soutien à domicile au Québec, mais pourra assurément offrir des pistes de réflexion aux travailleurs sociaux ainsi qu'aux autres professionnels et gestionnaires concernant leur propre réalité, leur pratique. Cette recherche peut s'avérer, pour qui est prêt à se soumettre à une réflexion pouvant mener à un réajustement de ses pratiques et de sa compréhension des enjeux reliés, être un outil facilitateur. Pour y arriver, nous énonçons la question principale de cette recherche de la manière suivante :

- Comment s'articulent les pratiques interprofessionnelles dans le quotidien des acteurs d'une équipe de soutien à domicile ?

Des confusions émanant du travail prescrit et réel émergent des réticences, une diversité de pratiques et de hiérarchies. Certaines pratiques professionnelles imposées soulèvent des problèmes et plusieurs questionnements. Ceci nous amène à formuler des questions complémentaires, spécifiquement :

- Comment s'articulent les pratiques informelles à travers celles que les gestionnaires souhaitent standardisées?
- Comment les zones grises et l'insécurité liées aux pratiques interprofessionnelles se vivent-elles au quotidien?
- Comment s'articulent la collaboration et la coordination, relevant de logiques différentes, au sein d'une équipe interdisciplinaire?
- Le clinique est-il servi quand les intervenants sociaux travaillent, en collaboration ou dans une logique de coordination, avec les autres professionnels?
- Qu'en est-il de la pratique du travail social dans une logique de coordination et de collaboration?

Ces écarts peuvent poser problème quant à la pratique du travail social elle-même et quant aux diverses interventions et services offerts à la clientèle. Cette recherche apportera un éclairage différent qui viendra bonifier la compréhension du travail social dans un cadre de pratique interprofessionnelle.

CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE

Les pratiques interprofessionnelles sont des construits sociaux résultant d'interactions quotidiennes entre divers professionnels au sein des différents établissements. Ces acteurs sociaux interprètent et participent à la construction de leur réalité quotidienne avec leurs collègues. Comment alors appréhender théoriquement la richesse et la complexité de ces pratiques? Ce chapitre s'intéresse à cette question.

La manière dont les pratiques professionnelles sont abordées et étudiées ces dernières années, dans le système de santé et des services sociaux québécois, met à l'avant-plan différents modèles issus du monde de la gestion et s'intéresse à l'application de ces modèles au sein des organisations du réseau de la santé et des services sociaux. L'interdisciplinarité fait maintenant office d'une norme prescrite, d'une exigence incontournable préconisée par les directions d'établissements. Donc, ces commandes, auxquelles les professionnels du domaine de la santé et du social doivent répondre, sont au cœur de la pratique interprofessionnelle et deviennent un travail prescrit. Ces exigences, qui tentent de définir la forme que devraient prendre les pratiques de collaboration et de coordination, ne peuvent être écartées par les praticiens, pas plus que par les chercheurs en travail social.

Cependant, les pratiques interprofessionnelles au sein d'une équipe de soutien à domicile ne se résument pas uniquement qu'à ces exigences de coordination. Les interactions quotidiennes se développent sous différentes formes, en divers tableaux qui ont le mérite d'apporter des nuances et une couche de complexité supplémentaire au-delà du discours dominant. Notre posture en termes de cadre d'analyse converge donc vers une vision où l'interdisciplinarité est perçue comme un construit d'actes mis

en scène sous différentes formes.

Ce chapitre présente donc la vision de même que les concepts provenant de certains auteurs qui conçoivent et analysent les pratiques interprofessionnelles sous l'angle de la gestion des organisations. Ensuite, elles sont abordées sous l'angle de l'interaction. Enfin, le cadre théorique se conclut à l'aide de certains concepts élaborés en regard de la théorie de l'acte proposée par Mendel (1998, 2004).

2.1 La pratique interprofessionnelle sous l'angle des théories de la gestion des organisations

Les perspectives, certains diront les idéologies, qu'utilise une bonne part des gestionnaires dans le milieu de la santé et des services sociaux proviennent habituellement de théories et de modèles issus de la gestion organisationnelle. Sous cet angle, le fonctionnement, la survie et l'accomplissement de la mission de l'organisation sont placés à l'avant-plan. À cet effet, nous retenons pour cette étude un des concepts clés de la vision managériale concernant les pratiques interprofessionnelles, soit celui de la coordination de l'action.

Puisque les pratiques professionnelles sont diversifiées, dans le contexte d'une équipe interdisciplinaire, la complexité de certaines situations exige de la coordination afin que les divers professionnels puissent remplir certains mandats tout en offrant des services de qualité à la clientèle. Dans le contexte de cette étude, le coordonnateur, comme intervenant pivot, a pour tâche d'arrimer la coordination des dossiers auprès des partenaires extérieurs et des collègues à l'interne (PII et/ou PSI, circulation de l'information, coordination des services et interventions prioritaires) afin d'assurer une continuité dans l'intervention (Boisvert, 1990). Le double rôle que doit assumer l'intervenant social consiste alors à d'effectuer le suivi psychosocial (pratique professionnelle disciplinaire) et à coordonner les interventions et les démarches à

effectuer (pratique interprofessionnelle prescrite). Cette double tâche, en particulier, rebute et contribue à la résistance des intervenants sociaux face aux pratiques interprofessionnelles. La charge de travail, la standardisation des procédures et des outils qu'implique la coordination laissent un sentiment de perte d'autonomie professionnelle, ainsi que peu de temps pour le suivi psychosocial, selon les intervenants sociaux (Bourque et coll., 2010). Ce discours fait partie intégrante de la construction de la réalité de certains de ces intervenants.

Qu'en est-il de la coordination des actions au sein d'une organisation comme une équipe au soutien à domicile? Les théories et modèles peuvent servir de cadres de référence en ce qui concerne la coordination sont nombreux. Les concepts présentés, en premier lieu, dans ce chapitre, permettent un éclairage quant à la coordination (vision managériale): l'organisation vue comme une machine, comme un organisme, sous l'angle de la théorie de la contingence proposée par Mintzberg (1990) relevant de la sociologie des organisations et, finalement, comme une culture.

2.1.1 La vision mécaniste de l'organisation: la métaphore de la machine

La vision mécaniste des organisations de laquelle émane la métaphore de la machine (Morgan, 1999), stipule que les organisations sont des outils de gestion. Cette métaphore trouve ses assises dans les années 1800 et a orienté les gestionnaires jusqu'au vingtième siècle. Sous cet angle, la machine organisationnelle est conçue « comme instrument qui accomplit des tâches spécifiques, habituellement la production » (Miller, 2005, p.66). Pour que la coordination soit efficace, selon cette façon de concevoir l'organisation, la tâche à exécuter doit être simple, le produit que l'on veut fabriquer doit être le même durant longtemps, le milieu environnant se doit d'être stable, la précision présente et les éléments humains de l'organisation se conformant aux consignes et directives.

Donc, les organisations comme les équipes de travail dans un CLSC, gérées selon ces principes, ne parviendraient pas à s'adapter et à innover. En ce sens, dans un contexte où la coordination est prescrite comme pratique interprofessionnelle, les variables externes, les besoins de l'organisation et de ses membres ne seraient pas pris en compte. À cet effet, Morgan affirme que « l'un des défis les plus sérieux auxquels doivent faire face nombre d'organisations modernes est de parvenir à remplacer cette forme de pensée par des idées et des approches nouvelles » (Morgan, 1999, p.14). Toutefois, les critiques concernant la Nouvelle gestion publique (NGP) (Hébert, 2014; Bourque et coll., 2010; Tourville, 2010; Beaulieu et Giasson, 2005), dans les organisations œuvrant en santé et service social, s'entendent en ce qui a trait à la forme déshumanisante envers l'organisation qu'elle suggère. Nous retenons que Tourville dans son ouvrage de 2010 se réfère à la pensée de Merrien afin de souligner sa réserve sur ce renouvellement en stipulant que « la NGP ne retient essentiellement que la notion de « cercle vicieux bureaucratique » popularisé en France par Michel Crozier » (Tourville, 2010, p.12).

2.1.2 La vision biologique de l'organisation: la métaphore de l'organisme vivant

Tenant compte davantage des besoins complexes des employés, les théoriciens des organisations ont tranquillement fait le pas vers une conception inspirée de la biologie. L'approche des systèmes ouverts trouva sa source dans les travaux de Von Bertalanffy. La métaphore de « l'organisation comme un organisme » (Miller, 2005; Morgan, 1999) découle de cet ajout à la théorie des organisations. De ce point de vue, cette théorie sous-tend « que les individus, les groupes et les organisations ont des besoins à satisfaire (...) qu'ils dépendent d'un milieu plus vaste pour y puiser les ressources indispensables » (Morgan, 1999, p.36). L'accent est alors mis sur l'environnement, où existe une organisation, tout en concevant celle-ci comme des sous-systèmes qui sont en interrelations.

2.1.3 La théorie de la contingence

La théorie de la contingence, que présente Mintzberg (1987, 1990) selon l'angle de la sociologie des organisations, amène à concevoir la coordination du travail sous un autre aspect. Pour cet auteur, les mécanismes de coordination, au nombre de cinq, servent à la description des moyens fondamentaux que peuvent utiliser les organisations afin de coordonner le travail. Mintzberg décrit la supervision directe, l'ajustement mutuel, la standardisation des processus, celle des extrants (produits ou résultats) et, finalement, la standardisation de la qualification. Des employés qui reçoivent des ordres et instructions d'une seule personne afin de travailler en interrelations se retrouvent dans un mécanisme de supervision directe. Dans le modèle de l'ajustement mutuel, la coordination du travail se fait par la communication informelle entre les travailleurs.

Trois des mécanismes de coordination s'intéressent à une forme ou une autre de standardisation. En premier lieu, la standardisation des procédés de travail « réalise la coordination en spécifiant les procédés de travail de ceux qui doivent réaliser des tâches interdépendantes » (Mintzberg, 1990, p.157). La coordination s'effectue alors au moyen de normes contrôlées et imposées par la direction (description de tâches, règlements, règles, etc). Toujours concernant la standardisation, mais des résultats cette fois-ci, la coordination du travail est assurée en apportant une spécification en regard des résultats attendus. Les moyens utilisés pour y parvenir importent alors moins. Finalement, pour Mintzberg (1987, 1990), la standardisation des qualifications et du savoir par laquelle les différents types de travail sont coordonnés, via la formation spécifique de l'exécutant, s'opère habituellement avant que les individus ne commencent le travail. Pour l'auteur, ces mécanismes de coordination agissent comme le ciment de la structure organisationnelle en étant des éléments fondamentaux de celle-ci.

Par ailleurs, Mintzberg (1990) soulève le paradoxe que, pour des formes complexes de travail, l'ajustement mutuel est le mécanisme qui correspond le mieux en termes de

coordination. Évidemment, il n'existe pas qu'un type de coordination qui est employé dans une organisation. Ils le sont tous à divers degrés. Peu importe la forme de coordination retenue par l'organisation, l'ajustement mutuel et la supervision directe sont ceux qui, la majorité du temps, sont les plus importants (Mintzberg (1990). En ce sens, « les organisations contemporaines ne peuvent simplement pas être sans leadership et communication informelle, même si ce n'est que pour dépasser les rigidités de la standardisation » (p.158).

2.1.4 L'organisation vue comme une culture

Dit-on que la culture fait partie de l'organisation ou la culture est l'organisation? La conception de la culture a subi une transition à partir du modèle du système ouvert de l'organisation jusqu'à un modèle culturel. Smircich (1983) prétend que même si l'idée de la culture est maintenant incorporée dans les recherches et dans les styles de gestion, le modèle dominant demeure encore celui du système ouvert. Certaines perspectives (symbolique, psychodynamique, cognitiviste) et, en particulier, la recherche de Huot (1991), apportent un éclairage différent sur la culture et sur l'organisation. La culture n'y est pas traitée comme une variable et elles considèrent l'organisation comme une forme d'expression humaine. Notre pensée s'oriente en ce sens.

Du côté de la perspective symbolique, la culture se définit comme un système de partage de symboles et de significations qui propose d'interpréter l'organisation en fonction de la façon dont l'expérience fait sens tout en mettant l'accent sur l'interprétation et la compréhension de celui-ci en lien avec l'action (Smircich, 1983). En effet, si nous nous référons à Morgan et son procédé métaphorique « l'organisation est une culture », l'auteur met en lumière le fait que « les organisations sont des minisociétés qui ont leurs propres modèles de culture et de sous-culture. » (Morgan, 1999, p.125).

À ce propos, la coordination peut prendre une multitude de sens dans la même organisation, à un moment fixe ou à travers le temps. Pour étudier les pratiques interprofessionnelles, dont la coordination fait partie, mais ne se limite pas uniquement qu'à ce concept, cette vision apporte une richesse en termes de significations.

Les caractéristiques de la culture qu'on observe ainsi deviendront graduellement visibles à mesure que l'on prend conscience des modèles d'interaction entre les individus, du langage utilisé, des images et des thèmes que l'on explore au cours des conversations et des rituels variés de la vie quotidienne » (Morgan, 1999, p.125).

Certes, ces interactions se vivent à travers le travail prescrit, dans les tâches, les actions standardisées reliées officiellement au concept d'interdisciplinarité promu dans les cadres de référence. Cependant, elles ne se résument pas qu'aux prescriptions. Nous ne pouvons faire fi de cet angle d'approche omniprésent, autant dans la littérature que dans le discours standardisé et convenu de bon nombre de professionnels œuvrant dans les organisations du réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, nous retenons pour cette étude un des concepts clés de la vision managériale concernant les pratiques interprofessionnelles, soit les mécanismes de coordination de l'action, en utilisant la lunette proposée par Mintzberg (1987, 1990).

Toutefois, nous croyons également que les pratiques sont le résultat d'un processus continu de construction sociale qui se réalise au moyen d'interactions entre les différents professionnels, leurs supérieurs et leurs clients; lieu où s'exerce un pouvoir réel permettant ainsi une production de sens pour les intervenants. À cet égard, la quotidienneté des pratiques interprofessionnelles s'avère un angle intéressant et pertinent pour entreprendre une démarche réflexive sur sa propre réalité ou sur celle d'autres travailleurs sociaux, d'autres professionnels pour quiconque s'intéresse aux pratiques dans le contexte d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

2.2 La pratique interprofessionnelle sous l'angle des interactions

Cette section du cadre théorique expose les concepts qui orientent notre posture comme étant de type interactionniste et sociopsychanalytique. La mosaïque qu'il représente a été choisie afin d'apporter un angle particulier et non convenu concernant les pratiques interprofessionnelles. La construction des pratiques peut théoriquement s'expliquer selon une multitude de visions, de théories et d'approches. Notre choix a été déterminé par le fait que les interactions ne sont pas qu'uniquement que des actions standardisées. Pour qu'un sens émerge, pour nuancer l'analyse, nous proposons de traiter des pratiques interprofessionnelles sous les angles qui vont au-delà des simples gestes posés ou des tâches accomplies, c'est-à-dire en s'intéressant à l'interaction entre les différents professionnels. Le concept d'interaction et certaines de ses composantes ainsi que des concepts relevant de la théorie de l'acte de Gérard Mendel sont donc abordés dans les deux sections qui suivent.

2.2.1 L'interaction sociale

Les interactions font partie de la construction de la réalité quotidienne des intervenants au soutien à domicile. Au sens large, une interaction peut se définir comme une action réciproque. Le cas type de l'interaction sociale, soit l'expérience d'autrui, la plus importante pour Berger et Luckmann (2012) « prend place dans la situation de face-à-face » (p.44). L'interaction « face-à-face » participe à la construction sociale de la réalité. L'étude des interactions à un niveau microsociologique tient compte plus précisément, à travers la quotidienneté, des relations quotidiennes et des circonstances immédiates. « La vie quotidienne est donc composée d'un ensemble d'interactions sociales et la somme de toutes ces interactions constituera la structure sociale » (Huot 1991, p.41). À cet effet, les phénomènes sociaux procèdent davantage de l'ordre de l'interaction que de l'ordre social (Goffman, 1983).

La perspective interactionniste, dans laquelle s'inscrit l'œuvre d'Erving Goffman, entre autres, est connue comme étant « la tradition de l'école de Chicago » (Morissette, 2011). Celle-ci, comme le souligne Morissette dans son ouvrage (2011), l'interactionnisme « invite globalement à concevoir le monde social sous l'angle des interactions » (p.10).

Comme en ont bien fait état plusieurs (par exemple Becker & McCall, 1990; Chapoulie, 2001, 2008; De Quieroz & Ziolkowski, 1997), de cette tradition découle un ensemble hétérogène de perspectives interactionnistes: un interactionnisme symbolique à la Herbert Blumer (1937, 1969), repris et développé par Howard S. Becker, un interactionnisme constructiviste à la Berger et Luckmann (1986) qui, sous l'inflexion des auteurs, devient une théorie de la connaissance, un interactionnisme à tendance réaliste tel que conçu par Goffman (1973), etc. Nonobstant cette diversité de perspectives, les chercheurs qui s'inspirent de cette tradition sociologique ont néanmoins en commun certains intérêts dont l'expérience quotidienne des acteurs. (Morissette, p.11)

2.2.2 Le langage dans l'interaction

À propos de l'utilisation du langage dans l'interaction, nous retenons que celui-ci est teinté et ne peut donc être associé à un épithète de neutralité. Dans cet ordre d'idées, Leroux (2013) démontre que « le langage est influencé par les discours socialement accessibles et acceptables pour décrire certaines expériences vécues » (p.20). Concernant son importance, Huot (1991), quant à lui, soutient qu'en termes d'interaction rapprochée, le langage offre la possibilité d'une communication complète ou partielle. Pour prendre son utilité et son sens, le langage est « une des caractéristiques principales (...) est qu'il peut être détaché de l'interaction face-à-face, qu'il n'a pas besoin de ce contexte » (Huot, 1991, p.41). Pour Mendel (1998), le langage peut être absent de l'acte; ce qui n'est pas le cas de l'action. À cet effet, la verbalisation et le discours ne peuvent être dissociés de l'action.

2.2.3 Le pouvoir dans l'interaction

Dans l'interaction, la notion d'autonomie de l'acteur est présente à divers degrés. En découle, entre autres, l'utilisation du pouvoir de celui-ci dans sa relation à l'autre, à une réalité qui est extérieure. Le sujet étant autonome utilise le pouvoir différemment selon les auteurs. La vision interactionniste du pouvoir, selon Leclerc (1999), nous indique que le pouvoir repose sur l'habileté à créer des systèmes de significations que les autres accepteront, que la réalité est construite dans le cours des interactions et que le pouvoir opère par les conventions, la force symbolique attribuée à certaines ressources.

De plus, la reconnaissance de la capacité collective à remettre en question les « allant de soi », et à construire d'autres représentations de la réalité ainsi que la réhabilitation des groupes comme lieux d'innovation sociale sont considérés comme des avantages de cette vision. Les limites qui en découlent sont le glissement possible vers la pensée magique et le risque de faire oublier que la construction sociale de la réalité suppose une confrontation difficile avec une réalité sociale et matérielle qui résiste (Leclerc, 1999).

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'interaction implique que l'acteur, qu'il soit collectif ou individuel, déploie du pouvoir afin que les termes de celle-ci lui soient favorables. Par conséquent, la relation en est une qui se veut négociée. Cependant, notons que les termes ne sont pas automatiquement avantageux pour l'acteur. Pour ces auteurs, la marge de manœuvre dont dispose l'acteur lui permet des écarts quant aux règles.

2.2.4 Les règles de l'interaction

L'interaction est soumise à certaines règles. Certaines de leurs caractéristiques seront exposées dans les paragraphes subséquents. Selon Goffman (1973), « chaque cadre social comporte ses propres règles » (p.33). Nous entendons par cadre de l'expérience,

tel qu'utilisé dans les métaphores cinématographique et théâtrale de Goffman (1973) et une activité en cours qui inclut des actions soit réelles, soit fictives (une séquence). Par exemple, une équipe de travail au soutien à domicile a des règles qui lui sont propres et qui diffèrent de celles d'une équipe à l'accueil psychosocial. Si nous nous référons à la métaphore théâtrale, les règles dramaturgiques sont nombreuses lors des interactions quotidiennes. Pour l'acteur, il existe plusieurs manières de se « mettre en scène ». La mise en scène de la vie quotidienne (Goffman, 1973) propose d'ailleurs une compréhension plus détaillée de cet univers métaphorique; une avenue intéressante pour une méthodologie d'observation utilisée par un chercheur.

Nombreuses, les règles sont contournées et amènent donc une organisation informelle par l'écart entre ce qu'elles proposent et ce qui est fait en réalité. Il ressort le côté imprévisible de l'interaction. Ce contournement n'est pas automatiquement un désavantage pour l'organisation. Parfois même, ces pratiques peuvent contribuer à son amélioration, par exemple, en apportant des solutions qui ne sont pas proposées par l'organisation elle-même. Les règles sont également soumises à des stratégies variées qui soulèvent les jeux de pouvoir présents dans l'organisation. La théorie de l'acteur stratégique défendue par Crozier et Friedberg (1977) soutient qu'en tenant compte des atouts qui sont à sa portée, le comportement des acteurs s'adapte à celui d'autrui. Il use donc de stratégie. Mendel (1998) apporte une nuance concernant la stratégie. Pour lui, elle se rapporte au pré-acte, tandis que la tactique prend place dans l'acte même.

Un des postulats de la sociologie des organisations exposé par Bagla-Gökalp (1998) se résume ainsi : les règles sont négociées. Indirectement, le pouvoir l'est également. Grâce aux interactions, un sens à celles-ci émerge et peut même devenir un sens commun, à force de répétition. Lorsque cela se produit, nous pouvons alléguer que les règles s'institutionnalisent.

2.3 L'acte comme une aventure (Gérard Mendel)

Gérard Mendel, père de la sociopsychanalyse, propose des concepts dans son œuvre « L'acte est une aventure » (1998) pertinents afin d'affiner la compréhension des pratiques interprofessionnelles. De cette œuvre volumineuse en ressort la théorie de l'acte et les concepts y étant associés (acte, actepouvoir, métis). Cet auteur s'est inspiré de la théorie du processus identitaire de Winnicot, des concepts d'autorité, psychosociaux et du « psychofamilialisme » ainsi que de valeurs anthropologiques pour construire et développer sa théorisation. Le mouvement d'appropriation de l'acte repose sur la théorie d'objet transitionnel de Winnicot. De celle-ci découle l'espace transitionnel ou potentiel transitionnel, « espace dans lequel s'inscrit le « trouver-crée » qui donne son origine et sa force à l'actepouvoir, concept fondamental » (Rueff-Escoubès, 2008, p.50). Vient par la suite le mouvement de l'appropriation de l'acte qui par « les conditions d'appropriation du pouvoir sur cet acte deviennent un vecteur de la démocratie » (Rueff-Escoubès, 2008, p.66). Nous retenons pour cette section du cadre théorique les concepts d'acte, d'actepouvoir, de métis et de risque comme étant des composantes des pratiques interprofessionnelles. Mendel contribue donc à offrir un angle de compréhension et d'analyse différent et substantiel.

2.3.1 L'acte

L'acte, selon Mendel (1998), concerne l'interactivité du sujet et une réalité qui lui est étrangère (autrui, la société, la nature). Le sujet doit être conscient de son engagement dans l'acte et s'y engager volontairement. Les pratiques interprofessionnelles, mises à l'avant-plan dans cette recherche, correspondent à la définition de l'acte selon Mendel: « (...) la rencontre interactive du sujet et d'une réalité hors sujet, vécue toujours comme potentiellement dangereuse, car non complètement maîtrisable par l'homme » (Mendel, 1998, p. 23).

Pas d'acte sans un pouvoir de modification de la réalité extérieure : c'est là le pouvoir de l'acte. Le sujet possède un pouvoir plus ou moins grand sur le processus et les suites de l'acte: pouvoir sur l'acte. Enfin, selon que le sujet dispose ou non d'un tel pouvoir sur l'acte, des effets psychologiques très différents se développent. (Mendel, 1998, p. 282)

Dans un ouvrage subséquent (2004), Mendel résume lui-même sa perspective de l'acte comme étant « conçu comme l'interaction d'un sujet (porteur d'un projet d'action) avec la réalité connexe à ce projet » (p.159). L'interactivité ici différencie cette définition en ne considérant pas l'acte en une simple addition de réalités. Le sujet, quant à lui, est défini comme étant la résultante de toutes ses composantes, non uniquement de la rationalité et de la cognition. Le vouloir de création et son dérivé, le mouvement de l'appropriation de l'acte, comme le souligne Mendel, font également partie de la constitution du sujet (Mendel, 1998).

Par ailleurs, concernant l'acte, Mendel (1998) démontre que le clivage du sujet doit être pris en compte, car celui-ci est confronté à une réalité qui n'est pas lui; il s'y engage, mais garde aussi une part de lui à l'extérieur, ce qui lui permet d'intervenir au besoin. Cette partie de soi qui est désengagée existe comme étant le « voyant de l'extérieur » (Mendel, 1998). En ce sens, Libois (2011) en évoquant l'intervention sociale souligne que :

Un travail majeur quoique de plus en plus ignoré et dévalorisé par les instances politiques centrées sur les diagnostics sociaux et les évaluations de l'action. Or, nous pensons que c'est justement entre ces deux pôles que se déroule l'acte au sens de Mendel (1998), acte qui demande engagement et prise de risque. La pensée rationnelle occidentale n'obtient d'autorité que par les capacités de mesure, de maîtrise et de généralisation qu'elle exige. Les impératifs de performance poussent à un surdimensionnement du travail par objectifs et à la prévision par l'élaboration d'indicateurs du devenir de l'acte. Dans ce cadre, parler d'efficience est évalué à l'aune de la mise en œuvre et de la réalisation du projet en oubliant la force de ce qui se construit dans le processus éducatif au quotidien. « Bien moins étudiée demeure la forme de pensée spécifique au sujet engagé de manière interactive dans la pratique proprement dite de l'acte » (Mendel, 1998). (Libois, 2011, p.5)

En résumé, l'acte tient compte d'un certain pouvoir de modification de la réalité, de l'interactivité du sujet avec une réalité extérieure qui n'est pas lui, de la conscience de son engagement volontaire (sujet engagé) ainsi que de l'avenue risquée inhérente. Cette conception permet, selon nous, d'appréhender la co-construction des pratiques interprofessionnelles en tenant compte du caractère singulier de chaque acte.

2.3.2 Les trois temps de l'acte

Pour Gérard Mendel (1998), il existe trois temps dans l'acte, soit le pré-acte, l'acte et le post-acte. Nous venons d'aborder le temps de l'acte lui-même. Certaines positions, chez les auteurs évoqués dans la section sur les théories de la gestion ainsi que chez certains philosophes (Mendel, 1998; Fontaine 2007), réduisent l'acte à l'action. Cependant, pour Mendel, l'action précède l'acte et s'insère dans ce qui est proposé comme concept par cet auteur comme le pré-acte. « Or, réduire l'acte à l'action, c'est-à-dire au pré-acte, c'est s'interdire de pouvoir intervenir véritablement à l'intérieur de l'acte depuis son dehors » (Mendel, 1998, p. 90). Toujours selon la logique de pensée qui réduit l'acte à l'action, nous y retrouvons également un refus de prise en compte de l'interactivité sujet-réalité dans l'acte. De ce fait, Mendel (2004) souligne une des limites de la théorie de l'Agir communicationnel d'Habermas, qui sous-tend que les individus sont soumis à une coopération non influencée par les structures économiques, idéologiques et sociales.

En poursuivant sa critique, il évoque l'importance de distinguer l'acte de l'action. Un exemple qui démontre la limite de la pensée d'Habermas, se voulant essentiellement théorique et philosophique, en ne tenant point compte des pratiques, est l'absence de réalité objective, naturelle et sociale (Mendel, 2004). La résistance du réel dans l'acte n'étant pas prise en compte, l'action demeure donc dans la tête et dans le mouvement corporel. Or, cette réalité hors soi doit faire partie de l'équation afin que le pouvoir du sujet puisse s'exercer et que l'acte soit considéré. Dans la conception mendélienne de

l'objectivation du réel, le sujet est confronté à celle-ci seulement dans l'acte. La tentative préalable d'objectivation du réel appartient quant à elle au pré-acte.

Nous terminons donc cette section sur les temps de l'acte avec une brève incursion concernant le post-acte. Le temps d'intégration, de retour avec ses collègues, de réflexion personnelle, d'évaluation suite à un acte, sont considérés comme partie prenante du post-acte étant des éléments constitutifs.

2.3.3 L'actepouvoir

L'actepouvoir, présent dans le deuxième temps de l'acte, soit l'acte lui-même et non le pré ou post acte, comprend deux volets : celui du pouvoir SUR l'acte et le pouvoir DE l'acte. Le pouvoir SUR l'acte implique la créativité du sujet. Prades (2006) explique le « vouloir de création » comme « cette force venue du plus profond de soi, d'avant l'inconscient et d'avant la conscience, et qui intervient dans et sur la réalité pour la modifier » (p.196). Celui DE l'acte peut se comprendre comme suit : « le pouvoir de l'acte (...) c'est donc celui de transformer la réalité, de la construire, actes après actes posés » (Rueff-Escoubès, 2008, p.53). Donc, l'actepouvoir, en élargissant le concept traditionnel du pouvoir, propose l'idée du pouvoir sur nos actes et sur la construction de la réalité plutôt qu'uniquement sur les autres (Prades, 2006). Dans ce contexte, l'actepouvoir trouve son sens à travers ce pouvoir qu'un professionnel a sur ses actes et a de modifier la réalité à travers les actes.

2.3.4 La métis

Dans l'univers de Mendel, la métis permet à l'intervenant de s'adapter, de varier ses pratiques en fonction de l'interaction avec son ou ses collègues. (Dessureault, 2010). Dessureault (2010) explique bien la métis, dans son ouvrage, en la comparant à un sixième sens, « à un radar, à un laser à l'affût de tout changement, elle est invisible

mais combien efficace et percutante » (p.57). Celle-ci offre la possibilité aux acteurs de jouer de stratégie. Un résumé de ce concept peut se traduire ainsi :

La métis concerne « un type d'intelligence engagée dans la pratique, affrontée à des obstacles qu'il faut dominer en rusant pour obtenir le succès dans les domaines les plus divers de l'action » (Mendel, 1998, 302). C'est l'efficacité pratique, les multiples savoir-faire, la prudence, l'expérience, le flair, les ruses, les débrouillardises de tous genres. (...). « Somme toute, ce qui fonde la métis (...) c'est cette connivence avec le réel qui assure son efficacité » (Mendel, 1998, p.304). (Dessureault, 2010, p.57)

2.3.5 La notion de risque

Pour conclure cette section, nous tenons à mettre en évidence la notion de risque qui est présente dans la conception de l'acte, selon Mendel (1998), et ce risque fait que la finalité de l'acte ne peut être connue à l'avance. Le risque est une des caractéristiques de l'acte. De ce fait, il ne le crée pas, mais rend actif sa dangerosité potentielle (Mendel, 1998). Par exemple, le professionnel cherche à diminuer son apparition, mais sait en contrepartie qu'il ne peut l'éliminer totalement. Donc, pour s'engager dans un acte, nous devons être prêt à assumer l'échec et c'est ce que certains travailleurs sociaux, et autres professionnels, hésitent à faire. Le risque, inhérent à l'acte, est alors perçu par le praticien comme une erreur au plan de l'action. À cet effet, Mendel stipule qu'« aucun acte ne peut donc être parfait » (1998, p.32).

« La grande leçon de l'acte est sans doute que, pour le pire et le meilleur, rien n'est écrit à l'avance qui concerne l'avenir » (Mendel, 1998, p.17). Ce postulat peut être insécurisant pour un travailleur social qui a toujours fonctionné avec des balises, des structures, et qui est confronté à l'acte sous cet angle de pensée. Toutefois, il permet une réflexivité et un ajustement de la pratique qui méritent d'être connus, à tout le moins.

Nous sommes cependant conscientes que de réduire une explication de concepts majeurs comme ceux-ci en quelques pages ne démontre pas tout le sens et l'ampleur qui devraient leur revenir. Le domaine des interactions, à la base des pratiques professionnelles, est vaste et complexe. Comme l'explique Huot (2013) :

Même si chaque conversation reste unique et que les usages potentiels de narratifs théoriques peuvent varier à l'infini, il reste évident que dans un type de contexte donné, il sera possible d'observer des répétitions, des constantes, des lignes de force. (Huot, 2013, p. 124)

Nous avons fait des choix en étant lucides à propos des risques de cet acte.

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre expose les éléments méthodologiques de cette recherche qualitative de type exploratoire. Dans un premier temps, les objectifs de la recherche seront exposés. Puis, la méthodologie originale du projet de recherche sera mise de l'avant, suivie de la méthodologie retenue au final. Dans un troisième temps, le choix de l'échantillon et le recrutement sera justifié et expliqué. Par la suite seront présentés l'aspect de la confidentialité et du consentement, les éléments concernant la cueillette et l'analyse des données. Pour conclure ce chapitre, les limites de l'étude seront identifiées.

3.1 Objectifs de recherche

Cette recherche qualitative s'inscrit dans un contexte où les entretiens semi-structurés, comme méthode de recherche qualitative, sont en majorité utilisés dans les recherches actuelles en travail social. Comme le souligne Giordano (2003), la recherche qualitative peut servir à « comprendre les actions et les significations dans leur contexte social » (2003, p.13). Il est à noter que Dufour (2013) expose également que « le but ultime des études qualitatives » est de découvrir, d'explorer, de décrire des phénomènes et d'en comprendre l'essence » (Fortin, 2006, p.25-26), et ce, tels qu'ils sont vécus et relatés par les personnes » (2013, p.101-102). L'usage d'une méthode qualitative se situe donc en continuité et en cohérence avec l'objet de notre recherche ainsi qu'avec notre cadre théorique.

De plus, comme de Champlain (2011) l'explique, la majorité des recherches qualitatives sont fondées sur un choix en regard du rapport à l'expérience et de ses aspects subjectifs. Selon cet auteur, « la recherche qualitative constitue un autre de ces projets de compréhension de notre expérience humaine » (p. 65). De ce fait, la recherche des significations, la compréhension des processus dans des situations contextualisées et/ou uniques, bref dans leur cadre naturel, se retrouvent à la base du traitement analytique des données d'une étude de ce type (Giordano, 2003). Ayant une visée compréhensive, ce mémoire a pour objet les pratiques interprofessionnelles au quotidien dans une équipe de soutien à domicile en CSSS. Telles qu'exposées dans le chapitre traitant de la problématique, les questions sous-jacentes aux éléments de compréhension des pratiques interprofessionnelles sont les suivantes :

- Comment s'articulent les pratiques informelles à travers celles que les gestionnaires souhaitent standardisées?
- Comment les zones grises et l'insécurité reliées aux pratiques interprofessionnelles se vivent-elles au quotidien?
- Comment s'articulent la collaboration et la coordination, relevant de logiques différentes, au sein d'une équipe interdisciplinaire?
- Le clinique est-il servi quand les intervenants sociaux travaillent, en collaboration ou dans une logique de coordination, avec les autres professionnels?
- Qu'en est-il de la pratique du travail social dans une logique de coordination et de collaboration?

De ce fait, cette recherche pourra offrir une profondeur supplémentaire à la compréhension des pratiques interprofessionnelles construites à travers les interactions quotidiennes des acteurs en présence.

3.2 Défis de l'observation directe

Le dispositif méthodologique utilisé au moment de la conception initiale du projet a subi des modifications qui ont été principalement causées par des difficultés d'accès au terrain. À l'origine, notre collecte de données devait s'effectuer par observation directe. Ce devis méthodologique avait même été accepté par le SCAE de l'UQAM en mars 2012. Notre curiosité rebelle, comme le dirait Beaud et Weber (2010), ainsi que le pouvoir critique qu'offre le choix méthodologique qu'est l'observation participante s'inspirant d'une approche ethnographique, semblait alors pertinent et approprié pour les objectifs de cette recherche, ceux-ci étant en lien avec la compréhension des pratiques interprofessionnelles.

Une des embûches avec ce type de méthode est d'être accepté par la communauté, que le milieu accepte la présence d'un observateur (Huot, 2005; Jones, 2000; Quivy et Campenhoudt, 2006). Notre principal défi risquait de se situer à ce niveau. Les avertissements reliés à la complexité d'avoir accès à un terrain en CSSS sont apparus bien avant le début de ce mémoire. Le risque était présent, certes, mais nous devions tenter l'expérience. Nous ne fûmes donc pas surprises des multiples refus rencontrés. Quoique déçues de ne pouvoir mener à terme le projet sous cette forme, ce n'était certainement pas une structure organisationnelle rigide et en transformation qui allait nous arrêter.

Nous avons donc réorienté notre méthodologie vers des entrevues semi-dirigées, comme méthode principale de collecte de données, tout en conservant les objectifs initiaux. Pour pouvoir effectuer ce changement au niveau de la méthodologie, nous avons présenté à nouveau notre projet de recherche au SCAE de l'UQAM en février 2014. La réponse fut positive et le recrutement de notre nouvel échantillon a pu débuter dès mars 2014.

Nous exposons ici un résumé du chemin parcouru pour en arriver à effectuer des entrevues. En août 2012, le projet s'intitulant « Pratiques interprofessionnelles au quotidien dans un service de soutien à domicile en CSSS », a reçu l'approbation éthique du SCAE de l'École de travail social de l'UQAM. À l'origine, cette recherche était basée sur une méthodologie utilisant l'observation de personnes dans le cadre de leur travail. Après avoir soumis le projet à plusieurs CSSS en Montérégie (4 au total) et avoir essuyé des refus, qui ont été justifiés par la nature des contextes organisationnels, nous en sommes venus, mon directeur et moi, à modifier le projet original afin de pouvoir mener la recherche à terme. Le sujet de la recherche, la problématique ainsi que le cadre théorique n'ont pas été modifiés. Au plan méthodologique, nous avons décidé d'opter pour des entretiens de recherche individuels afin de faciliter le recrutement.

3.3 Échantillon et recrutement

Le CSSS où nous avons recruté les participantes se trouve en Montérégie, essentiellement pour des raisons de proximité et d'accessibilité. Comme nous l'avons écrit précédemment, nous avons essuyé des refus dans notre première version de ce projet. Cependant, un CSSS nous avait offert d'approcher une autre équipe de travail pour effectuer nos observations. Éthiquement, il n'était pas possible de mener à bien cette recherche dans ce milieu de travail. Nous avons donc modifié notre méthode de collecte de données pour des entretiens individuels et avons ensuite procédé au recrutement dans ce CSSS au soutien à domicile. L'objectif de recrutement à ce stade visait un échantillon comportant quatre ou cinq travailleurs sociaux ainsi que le même nombre d'autres professionnels, autant homme que femme. Seulement des femmes ont répondu à l'appel.

Le processus de cueillette des données a été réalisé en trois temps. Tout d'abord, un premier bloc d'entrevues a été effectué à la suite de l'invitation initiale. À ce moment, trois entrevues ont été enregistrées avec des professionnelles n'étant pas des

travailleuses sociales. Celles-ci ont eu lieu en mars et avril 2014. Des invitations sollicitant les professionnels à participer à la recherche ont été distribués en mars 2014 (appendice A). Les premières réponses sont venues des professionnelles autres, c'est-à-dire que les travailleuses sociales ne se sont pas manifestés à cette étape. Ce silence est une information en soi.

À ce moment, les critères d'inclusion des participants étaient les suivants:

- Intervenant psychosocial (travailleur social, agent de relations humaines);
- Tout autre intervenant du programme (infirmière, physiothérapeute, technicien en réadaptation physique, ergothérapeute, inhalothérapeute, nutritionniste, médecin);
- Les participants devaient travailler à temps complet ou partiel au programme de soutien à domicile du CSSS ciblé.

De plus, concernant l'invitation à participer à la recherche, il était précisé qu'aucune personne ne serait exclue en raison de son origine ethnique, de sa culture ou de sa religion. Étant donné le nombre limité de réponses lors de la première étape de recrutement, nous avons effectué une relance. À la suite à ce premier rappel, nous avons procédé à trois autres entrevues au printemps 2014. Il est à noter que, durant ce bloc, nous avons reçu une première réponse positive d'une travailleuse sociale. Toutefois, nous avons décidé de laisser passer la période des vacances estivales pour relancer à nouveau à l'automne. Durant cette période, nous avons modifié les critères d'inclusion afin d'élargir l'échantillon disponible et d'intéresser d'autres intervenants sociaux.

En effet, nous allions maintenant solliciter la participation des intervenants sociaux ayant œuvré au soutien à domicile durant les trois dernières années. Les réponses furent rapides et le troisième bloc d'entrevues s'est mis en branle au milieu de l'automne 2014.

Il est à noter que les participantes nous ont contactées soit par téléphone, soit par courriel. Certaines personnes qui répondaient aux critères d'inclusion de cette recherche nous ont clairement nommé que le manque de temps, la surcharge engendrée par les congés de maladie et les exigences organisationnelles expliquaient leur refus. Malgré les difficultés rencontrées pour le recrutement, ces délais nous ont permis de mettre le matériel recueilli à distance avant l'analyse.

3.4 Confidentialité

Une attention particulière a été consacrée à la confidentialité des échanges et à l'anonymat des participantes (Beaud et Weber, 2010; Spradley, 1980). Concernant ce dernier, les noms, prénoms ainsi que les lieux devaient être changés pour éviter une identification en prévision de la publication des résultats et de leur diffusion. Nous avons demandé aux participantes de s'identifier par un pseudonyme et avons utilisé celui-ci lorsque nécessaire durant l'entrevue. Lors de l'identification et la transcription des verbatim, les pseudonymes ont été utilisés, respectant ainsi la confidentialité. De plus, les informations obtenues sur les usagers du CSSS ont été respectées en recourant à des noms fictifs lors d'exemples utilisés pour exposer leurs pratiques.

Les formulaires de consentement, de même que l'enregistrement des entrevues seront conservés. De plus, les entrevues et les verbatims ont été sauvegardés dans un fichier sécurisé sur mon ordinateur personnel. Le mot de passe a été changé régulièrement. Seuls l'étudiante chercheuse et le directeur de recherche ont pu y accéder. Nous nous sommes engagées à ne pas enregistrer à l'insu des répondantes en les informant du début de l'enregistrement. De plus, notre engagement en regard de la confidentialité concerne également les données manuscrites et audios ayant été récoltées sur le terrain, ainsi que les supports électroniques utilisés. Une fois l'enquête et l'analyse terminée, les données seront conservées sous clef durant deux ans, puis détruites.

3.5 Consentement

Les entretiens avec les informatrices ont été autorisés, dans un premier temps, par un accord verbal, après avoir préalablement répondu positivement à leur participation à la recherche. Par la suite, nous nous sommes assurées d'un consentement libre et éclairé des participantes à l'étude, au moyen d'un formulaire de consentement présenté et lu en début d'entrevue. Les formulaires de consentement (appendice B) ont été signés au début de l'entretien. Nous avons également expliqué qu'elles avaient la possibilité en tout temps de se retirer durant le processus, sans être pénalisées.

3.6 Cueillette et analyse des données

En ce qui concerne la cueillette des données, celle-ci s'est effectuée en trois temps, tel qu'exposé précédemment. Au total, 9 entrevues semi-dirigées ont donc été enregistrées entre mars et novembre 2014. La durée moyenne de celles-ci était de 1 heure 10 minutes; une s'étant déroulée sur plus de deux heures. Les participantes étaient toutes des femmes ayant de 4 à 24 années d'expérience en tant que professionnelles. Les données sociodémographiques collectées le furent en début d'entrevue et sont présentées dans le tableau de la page suivante. À cette étape, les pseudonymes pour les participantes ont été choisis.

Notre choix de ne pas utiliser de grille d'entrevue stricte, regroupant les principaux thèmes pouvant être abordés, en était un audacieux, nous le reconnaissons. Cependant, l'expérience qu'est cette recherche se veut elle-même risquée; et nous sécuriser comme chercheure débutante derrière une grille entraînait des biais que nous préférons atténuer. Les définitions de l'entrevue semi-dirigée dans une optique de méthode qualitative de cueillette des données sont nombreuses. Différentes mais fort semblables à la fois. Des variantes du point de vue lexical sont davantage présentes que celles qui pourraient mettre en lumière des différences idéologiques ou épistémologiques. Nous

retenons donc, tout comme Bolduc (2013), celle proposée par Savoie-Zajc (2006):

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. (Savoie-Zajc, 2006, p.296 dans Bolduc, 2013, p.107)

Nom	Genre	Expérience	Type d'établissement	Programme	Profession
Annie	F	21 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Nutritionniste
Brigitte	F	24 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Ergothérapeute
Jo	F	13 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Ergothérapeute
Josianne	F	8 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Ergothérapeute
Katherine	F	23 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Physiothérapeute
Caroline	F	16 ans	CSSS mission CLSC	SAD (il y a 3 ans)	Travailleuse sociale
Émille	F	4 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Travailleuse sociale
Yawa	F	5 ans	CSSS mission CLSC	SAD	Travailleuse sociale
Julie	F	2 ans	CSSS mission CLSC	SAD (il y a 1 ans)	Travailleuse sociale

Tableau 3.1: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes

Dans cet ordre d'idées, des mises en situations ont été élaborées afin de mettre le participant en contexte et ainsi faciliter les échanges sur les pratiques interprofessionnelles. Elles servaient donc de point de départ, de facilitateur. La majorité des mises en situation ont pris leur source dans nos expériences interprofessionnelles et, tout comme Lapierre (2012), nous avons « adapté des situations (...) vécues ou dont des collègues lui ont fait le récit tout en les transformant suffisamment pour que l'anonymat des personnes concernées soit préservé (p.59).

Pour chaque mise en situation présentée, les questions de bases restaient les mêmes. Il est à noter que toutes les mises en situation préparées n'ont pas été utilisées. L'appendice C présente celles qui ont été abordées avec les participantes. À la suite de la lecture des mises en situation, l'interviewée était invitée à émettre des commentaires généraux. Dans la majorité des cas, habituellement, la personne soulignait le réalisme et la complexité des mises en situation.

En ce qui a trait à la méthode d'analyse des données, nous avons retenu une catégorisation par thèmes. L'utilisation de l'entrevue semi-dirigée comme méthode de collecte de données nous a permis de pouvoir procéder à l'organisation des données par thèmes émergents, grâce au matériau lui-même. La richesse de cette méthode se trouve dans la liberté qu'ont les participants d'aborder certains sujets qui auraient peut-être été mis à l'écart avec l'utilisation d'une grille.

Tout comme Bolduc (2013), nous ne cherchions pas à créer des catégories exclusives, un même segment peut se retrouver dans deux thèmes. Ardu, mais combien riche en interprétation! À cet effet, cet auteur se réfère à un autre chercheur : « il ne faut pas se surprendre que le même élément d'information se retrouve sous deux codes différents, mais y voir simplement le signe que la réalité est diverse et qu'il n'est pas facile de lui donner un seul sens » (Deslauriers, 1991, p.73 dans Bolduc, 2013, p.115).

Comme chercheure, nous avons vécu des périodes de mise à distance du matériel afin d'y revenir pour l'aborder sous un angle différent et ainsi l'analyser en couches. Mukamurera et coll. (2006) proposent un résumé, exposé initialement dans une autre recherche, de la démarche d'aller-retour lors de l'analyse des données, aller-retour inhérent au modèle interactif:

le codage de certains éléments (...) incite le chercheur à faire une première tentative d'organisation des données (à se les représenter d'une certaine façon qui peut être un premier schéma) et ensuite à retourner aux données mêmes pour en apprécier la pertinence, c'est-à-dire pour voir comment cette re-présentation se confirme, se modifie ou se contredit. Lors de ce retour aux données, le chercheur reprend sa codification et le processus itératif se poursuit jusqu'à ce qu'une organisation plausible et cohérente, (...) permette de conclure à la saturation des diverses significations codifiées. (Desgagné, 1994, p.80 dans Mukamurera, 2006, p.112)

L'analyse des données appartient au processus de la démarche de recherche qualitative et se doit d'être considérée comme une tâche holistique (Freindin et coll., 2012). En ce qui concerne les données présentées au chapitre suivant ainsi que l'analyse qui sera exposée au chapitre cinq, elles seront regroupées par thèmes. À l'intérieur de ceux-ci, les divergences et ressemblances significatives seront intégrées.

3.7 Considérations éthiques

À propos de l'éthique en recherche, les notions et responsabilités s'y rattachant ne sont pas à prendre à la légère. Le consentement libre et éclairé de la part des interviewées, la confidentialité des données ainsi que l'anonymat de celles-ci, entres autres, ont été soumis au processus de brevet déontologique décerné par le sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) de l'École de travail social de l'UQAM. Le projet de recherche a obtenu, deux fois plutôt qu'une, l'approbation du SCAE en ce qui concerne le cadre éthique de la recherche avec des êtres humains.

Afin de respecter nos responsabilités auprès des participantes, au début de chaque entrevue, le formulaire de consentement était lu et signé, deux fois, par l'interviewée et par la chercheure. Une copie était gardée par la chercheure et l'autre était remise à la participante. En lien avec la notion de volontariat, des explications ont été données aux interviewées quant à la possibilité de retrait du processus de recherche en tout temps. Le fait de se retirer, sans avoir à fournir d'explication, ne les soumettait pas à des préjudices. Par la suite, l'accent a été mis sur la question de confidentialité afin d'assurer qu'aucune information ne permettait d'identifier leur CSSS et elles-mêmes en tant qu'individus ne serait utilisée et divulguée. Puis, nous avons répondu aux questions soulevées par certaines participantes avant de débiter le processus de collecte de notre matériau.

3.8 Limites de l'étude

Pour conclure ce chapitre, nous allons aborder certaines des limites découlant de la méthodologie privilégiée dans cette étude. Tout d'abord, la question de la représentativité restreinte des données doit être mentionnée. Notre échantillon ne peut être considéré comme étant représentatif des multiples réalités de tous les programmes de soutien à domicile à travers le Québec ni de l'ensemble des pratiques interprofessionnelles. Situées dans un contexte précis, les données recueillies ainsi que leur analyse ne pourront se transposer intégralement à d'autres réalités. Toutefois, cette limite fait partie intégrante du choix que nous avons fait concernant la réalité quotidienne des pratiques interprofessionnelles dans un CSSS ciblé. Une seconde limite de cette recherche concerne la validité interne. Nous nous devons de tenir compte d'un possible biais de désirabilité sociale de la part des participantes. Par exemple, le discours d'une interviewée qui désire plaire durant l'entretien pourrait être différent de sa réalité quotidienne et orienter certaines de ses réponses. Cependant, comme le prétend Giordano (2003), la familiarité du chercheur avec l'organisation peut compenser une certaine partie de ce biais. Tel est notre cas.

La subjectivité et l'expérience de la chercheuse nous amènent à la troisième limite de cette étude. À cet effet, la subjectivité du chercheur, comme en fait état Champlain (2011), ne peut passer incognito dans une recherche de type qualitative. Selon Lapierre (2012), le biais de la chercheuse concernant son expérience est considéré comme une limite. De ce fait, « des choix ont été posés (...) en fonction entre autres de son bagage intellectuel, professionnel et personnel » (p.67). Nous ne pouvions donc faire fi de ce que nous sommes dans toute notre globalité.

CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les données amassées auprès des travailleuses sociales et autres professionnelles œuvrant au soutien à domicile dans un CSSS seront présentées. Pour bâtir cette présentation, nous avons procédé par catégorisation des données en utilisant des thèmes émergents afin de laisser libre cours aux informations recueillies. L'utilisation de la catégorisation à l'aide de thèmes, selon Paillé et Mucchelli (2008), permet de répondre à la question suivante : « qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-on ? » (p.161). Afin de dégager les thèmes et sous- thèmes principaux pour ainsi identifier les informations les plus significantes, plusieurs lectures des transcriptions des entrevues ont été nécessaires.

Les quatre thèmes principaux sont : les pratiques interprofessionnelles, les pratiques organisationnelles, les relations quotidiennes et la communication entre professionnels. Le premier thème traité met en lumière les pratiques de coordination. Par la suite, les aspects interprofessionnel et professionnel seront présentés. Dans un deuxième temps, les pratiques organisationnelles seront déclinées en sous-thèmes : les exigences, les impacts et modifications de même que le fonctionnement de ces pratiques. Par la suite, celui des relations au quotidien sera développé en sous-thèmes: sous l'angle de la personnalité et de la profession. Enfin, la communication entre professionnels, formelle et informelle, constituera le dernier thème de ce chapitre.

4.1 La description des professionnelles rencontrées

Les caractéristiques des participantes à l'étude ont déjà été présentées au chapitre précédent, au tableau 3.1. Reprenons simplement quelques points qui méritent une attention particulière. Toutes les personnes rencontrées, travailleuses sociales ou autres professionnelles, étaient des femmes. Cela ne nous a pas surpris outre mesure compte tenu du fait qu'il s'agit de professions à nette prépondérance féminine et d'un champ d'activité où une majorité de femmes travaillent.⁶

Parmi les travailleuses sociales rencontrées, deux travaillaient encore au soutien à domicile, tandis que les deux autres avaient travaillé dans ce programme et au sein du même CSSS au cours des trois dernières années. Seulement une travailleuse sociale a occupé un poste de gestionnaire de cas. Le nombre d'années d'expérience au sein de cette profession variait entre trois et seize années. Leur expérience au soutien à domicile se situait entre sept mois et dix ans. Du côté des autres professionnelles interviewées, on compte une nutritionniste, une physiothérapeute et trois ergothérapeutes. Leurs années d'expérience oscillaient entre 8 et 24 ans.⁷

4.2 Les pratiques interprofessionnelles

Avant de passer à la présentation des résultats, il importe d'offrir au lecteur, qui serait peu familier avec le fonctionnement des équipes dans un tel milieu, un aperçu général de l'organisation du travail. Dans le milieu d'où proviennent les répondantes, une équipe interdisciplinaire regroupe des professionnels qui occupent chacun leur rôle

6. Parmi les quelques 12 000 travailleurs sociaux que compte le Québec, selon l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2015), les femmes représentent la grande majorité des membres, soit 87%.

disciplinaire à travers des pratiques de collaboration exigées. De ce fait, pour en arriver à un consensus sur l'objectif commun à tous, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est essentiel. D'ailleurs, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) exige que ce document soit déposé dans chaque dossier où au minimum deux intervenants sont assignés. Pour ce faire, une rencontre est prévue par une agente administrative afin de convoquer tous les professionnels impliqués. Dans d'autres équipes, la convocation peut venir de l'intervenant pivot. Au soutien à domicile, dans le CSSS ciblé pour cette recherche, l'animation de la rencontre est sous la responsabilité d'une assistante du supérieur immédiat qui n'est pas impliquée au dossier. Il existe cependant d'autres façons de faire comme, celle où l'intervenant pivot assure l'animation.

Le rôle officiel d'un intervenant pivot en est un de coordination. Celui-ci porte le dossier et est désigné en fonction de la problématique majeure présentée par l'utilisateur. Très souvent, la travailleuse sociale occupe ce rôle. Des exceptions sont toutefois possibles: dans un dossier de soins palliatifs où l'infirmière occupe ce rôle, puisqu'elle est régulièrement présente à domicile et assure les soins de santé en collaboration avec le médecin. Dans un dossier où le travailleur social n'est pas requis ou est absent, le premier professionnel assigné assumera le rôle de pivot. Cependant, lorsque le TS entre en scène, le rôle lui sera transféré. L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) doit être complété par le premier intervenant assigné au dossier. Cet outil standardisé sert à l'évaluation des besoins et permet ainsi d'effectuer les références adéquates. La réévaluation annuelle incombe à l'intervenant pivot. Les demandes de subventions et de services externes se font également par l'entremise du pivot. La coordination s'articule également à travers les démarches auprès de la famille, des partenaires extérieurs et des organismes communautaires.

4.2.1 La coordination de l'action sous l'angle du pivot

Un des rôles majeurs dans une équipe œuvrant en contexte interdisciplinaire, celui du pivot, est expliqué par l'ensemble des participantes. Nous présentons ici en quoi consiste le mandat de l'intervenant, la plupart du temps un travailleur social, qui assure la coordination dans une équipe interdisciplinaire. Selon le groupe des autres professionnelles, le pivot se doit donc de compléter l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), gérer les différentes demandes, coordonner l'équipe, rédiger le plan de service individualisé (PSI), faire devancer un PSI au besoin, centraliser l'information vers une personne, organiser les services autour du client, écouter les informations et les versions de tous. Bref, à la manière d'un chef d'orchestre, comme Josianne (ergothérapeute) le souligne, le pivot coordonne le tout. Annie (nutritionniste) ajoute que le pivot se doit « d'attacher les morceaux du casse-tête pour avoir une meilleure photo de la situation familiale (...) si chacun a des visions différentes ».

Ces professionnelles expliquent que la désignation du pivot se fait selon la majeure, c'est-à-dire selon la difficulté prédominante. Majoritairement, comme il est souligné, ce sont les travailleuses sociales qui occupent ce rôle, sauf à quelques exceptions, par exemple lorsqu'une autre professionnelle est la première à être assignée au dossier ou lorsque la problématique majeure se retrouve dans son champ d'expertise. Il faut noter que les travailleuses sociales sont peu bavardes en regard de l'explication du rôle du pivot. Elles le sont davantage lorsqu'il est question des exemples relevant de la pratique de la coordination, comme nous le verrons plus loin. Pour Julie (TS) agir en tant que pivot signifie « faire une bonne évaluation puis d'avoir la vision la plus objective possible. Tout un défi ». Parallèlement, selon Caroline (TS) le rôle de pivot consiste en ceci :

À mettre en place des services (...) mon devoir c'est d'informer tout le monde de ce qui se passe, pour mettre à niveau tout le monde (...) être garant du PII (plan

d'intervention interdisciplinaire) côté usager et côté autres professionnels (...) si y'a besoin d'une rencontre rapidement on essaie de fixer une rencontre pour que chacun donne sa vision selon sa lunette pour tous intervenir ensemble avec le client (...) informer les professionnels selon le besoin, au fur et à mesure ou plus formel.

Comme pivot, des interventions envers certains membres de l'équipe sont effectuées par les travailleuses sociales surtout pour calmer, rassurer les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières. En ce sens, Caroline (TS) affirme qu'il faut leur expliquer le plan de match, car elles sont très inquiètes.

Dans l'informel je vais recueillir ce qu'ils ont à me dire, aller les voir un à un, voir leurs inquiétudes pour me faire un portrait général (...) On va prendre chaque problème pis on va les énumérer, les solutions et qui va s'en occuper.

De plus, la pratique de coordination inclut la participation de l'usager au PII. Lors des rencontres prévues à cet effet, cela donne l'occasion à un intervenant désigné d'obtenir un portrait global, d'assurer la cohérence ainsi que la continuité des interventions. « PII pour que les affaires soient ben claires. Faut pas dire des affaires dans l'autre sens pour défaire ce que l'autre fait. Ne pas contredire en paroles en gestes » (Annie, nutritionniste). Pour Jo (ergothérapeute), « les rencontres inter, c'est pour regarder où on en est, que tous entendent le même message, les problèmes et qu'est-ce qu'on doit réévaluer (...) avant d'intervenir avec la famille, je m'assurerais que dans l'équipe on a la même orientation, les mêmes objectifs ». Brigitte confirme aller y chercher beaucoup d'informations.

À propos des rencontres interdisciplinaires officielles, la collaboration des professionnelles est majoritairement abordée par les travailleuses sociales. Émilie (TS) nous en fait part :

Tout le monde est collaborant pour le PI. (...) Rencontre prévue, tout le monde est cédulé par la secrétaire. Tu t'arranges pour être là, question de respect pour

les autres qui s'impliquent. (...) Jamais arrivé que quelqu'un se présente pas. C'est pas obligatoire mais y'a une pression informelle (...) c'est aidant de se resituer et souvent on a pas beaucoup d'occasion de se parler, sinon 1 à la fois.

Pour sa part, Julie (TS) voit d'un bon œil le fait d'être tous réunis afin que tous les intervenants puissent donner leur point de vue professionnel. Pour elle, ce modèle est le plus intéressant (réunions fixes, obligatoires) parce que le moment le plus riche est lorsque tout le monde est ensemble. Yawa (TS), profiterait de cette rencontre de PII pour prendre « leur opinion, comment ils voient situation et j'irais plus sur quel discours on donne surtout aux enfants, sinon il y a un risque de triangulation, des infos risquent de se perdre (...) pour éviter plusieurs discours ». De plus, cette collaboration fixée dans le temps permet une rétroaction entre intervenants.

Émilie (TS), quant à elle, confirme que ce type de rencontre est aidant, car un regard plus objectif est mis de l'avant par l'animatrice. En parlant de l'animatrice, elle souligne qu'elle « pose les bonnes questions (...) formée au niveau des PI ». À propos du déroulement de ces réunions, Émilie (TS) explique : « pivot décrit le problème et les diagnostics et à tour de rôle. Puis les principales problématiques sur quoi on veut travailler ».

4.2.2 La coordination sous l'angle de la pratique

Documentons maintenant l'articulation de la pratique de coordination. Les travailleuses sociales apportent des exemples vécus dans leur quotidien. Quant aux autres professionnelles, elles s'expriment sur ce qu'elles feraient ou ont déjà vécu lors d'expériences à titre d'intervenante coordonnatrice. À ce propos, les ergothérapeutes tout comme la nutritionniste iraient chercher et valider l'information, de différentes façons, auprès de l'équipe. Plus précisément, Jo (ergothérapeute) mentionne « avant d'intervenir avec la famille, je m'assurerais que dans l'équipe on a la même orientation, les mêmes objectifs ». Brigitte (ergothérapeute) explique qu'elle fait des démarches

comme un pivot quand c'est en lien avec son champ d'expertise, comme contacter l'infirmière de liaison à l'hôpital pour lui donner ses recommandations en ergothérapie, les objectifs fixés à domicile.

De son côté, Annie (nutritionniste) décrit son expérience de pivot comme celui d'une messagère entre les intervenants ou de les mettre en contact quand il y a une urgence pour éviter un intermédiaire. Dans une situation où plusieurs versions sont apportées, elle soutient que, comme pivot, elle se doit de rester neutre et très objective. Dans une situation plus complexe, elle affirme qu'en tant que pivot, elle « ramènerait l'info sans jugement, ni interprétation partant de l'idée que tout le monde a de bonnes intentions (...) (pour) que tout le monde ait la même version, clair, net, précis ».

Contrairement au groupe précédent, les travailleuses sociales multiplient les exemples de pratiques en tant que pivot. Nous retenons les exemples suivants: Yawa (TS): « je ferais une rencontre d'équipe pour dire que pour monsieur c'est trop et voir quel service est le plus important ».

Je ferais une rencontre d'équipe, l'équipe a des inquiétudes, voir leurs observations (...) Même s'ils sont le plus objectifs possible, ils ont chacun des valeurs (...) y en a qui peuvent prendre parti pour l'autre, qu'on sent pas objectif dans la réévaluation (...) Ya des interventions à faire au niveau du rythme aux autres intervenants (Julie, TS)

(...) rencontre avec intervenant du CLSC pour expliquer que la famille doit aller à son rythme et de ne pas trop les forcer. S'il y a un bug c'est moi que vous appelez. Venez me voir, voici le topo. (Caroline, TS)

4.2.3 L'interdisciplinarité

Les pratiques interprofessionnelles se déploient de manière formelle et informelle. Certaines des professionnelles sont davantage enclines à les aborder concrètement, d'autres parlent d'interdisciplinarité en termes plus généraux. À cet effet, les autres

sous-thèmes de cette section ont émergé en fonction de ce que l'interprofessionnalité représente pour les participantes à cette recherche.

Tout d'abord, le support entre collègues (rôle, besoin) est de mise dans une équipe interdisciplinaire. Cette préoccupation est mise de l'avant par le groupe des autres professionnelles, que cela soit à la suite des interventions, avant ou durant une visite conjointe. La clarification de son rôle, la limite des territoires de chacun, tout comme la négociation occupent une place importante dans le travail interdisciplinaire.

Certaines problématiques, ou zones d'intervention, sont communes à plus d'une profession. L'exemple de l'évaluation de l'inaptitude est celui qui est ressorti de manière importante selon des travailleuses sociales. En ce sens, l'inaptitude d'une personne suivie au soutien à domicile est reliée avec l'interprofessionnalité. À cet effet, Émilie (TS) souligne ceci : « ergo. bien au fait de l'aptitude/inaptitude, les autres ça dépend (...) Les ergo. sont peut-être plus sensibilisés à ça, peut-être plus une question de valeurs, de professions communes ». D'ailleurs, envers les autres professionnels de l'équipe, Yawa (TS) explique qu'il faut « sensibiliser tant et aussi longtemps que la personne est apte on peut pas faire plus (...) si (elle est) apte mets d'autres services pour la sécurité ». Quand la situation devient plus complexe, elle ajoute ceci en fournissant un exemple :

Des fois faut aller en cour, des fois faut expliquer ça aux autres professionnels qu'on peut pas légalement. (...) j'ai expliqué que j'avais besoin de jus parce que peut-être ça irait en procédure légale. Ils m'en ont tous donné.

Toutefois, malgré le discours positif des ergothérapeutes évoqué ci-haut, Jo (ergothérapeute) soulève qu'elle n'est que rarement sollicitée dans l'évaluation de l'inaptitude. « (...) ça me surprend que je fais pas plus de mises en situation. C'est correct l'univers psychosocial, mais des mises en situation ça amène des informations différentes ». Puis, certaines stratégies et marges de manœuvre sont dévoilées par des

répondantes, particulièrement par celles qui ont fourni de nombreux exemples de pratiques interprofessionnelles. Parmi les choix offerts, nous présentons celui-ci :

J'amènerais mes arguments à la TS pour : est-ce qu'on peut se donner un certain délai ? Est-ce que tu peux rester le temps que j'essaye de mettre en place certaines choses ? Pis on réévalue un peu plus tard ? Est-ce que tu peux le laisser ouvert (dossier), je te demande pas d'intervenir. Pis après mes interventions on regarde ça. (Katherine, physiothérapeute)

La plupart des professionnelles appartenant au groupe qui ne sont pas des travailleuses sociales évoquent, en lien avec les mises en situation utilisées tout comme en se référant à leurs propres expériences, qu'elles font appel à la travailleuse sociale quand la situation dépasse leur champ de compétences, est conflictuelle, relationnelle et/ou complexe. Notons que le terme « c'est un problème TS » est récurrent dans leurs discours. « J'étais à la limite de ce que je pouvais faire. C'est très complexe, très TS » (Josianne, ergothérapeute). Katherine (physiothérapeute), quant à elle, nous fait part du besoin de ne pas travailler en silo. « Ça va me prendre une travailleuse sociale, je pourrai pas travailler toute seule là-dedans ».

Je veux travailler en équipe pis j'aime ça faire des visites conjointes. Le nombre de fois que je vais à dom avec TS. Par exemple, on est allées 2-3 fois pour placer les choses. On a recadré, je me suis retirée un peu après pour qu'elle puisse travailler et suis revenue. On chemine un peu et on se passe la balle comme ça. (Jo, ergothérapeute)

Avant d'aborder les données significatives concernant la pratique professionnelle, nous trouvons important de souligner la conception des pratiques interprofessionnelles et de l'interdisciplinarité. Certaines répondantes sont davantage explicites que d'autres, majoritairement des non TS. En voici quelques exemples :

Je pense qu'elle est là l'interdisciplinarité. Y'a des actions qui sont à chacun des intervenants pis y faut comme enrichir d'un intervenant à l'autre pour arriver à notre objectif (...) l'inter c'est pas juste on ramasse les plans disciplinaires de

chacun, on les colle ensemble pis on s'en va chez le monde. Pour moi l'interdisciplinarité, oui on a chacun nos plans disciplinaires, mais dans les plans disciplinaires, on a des, y'a des choses qui sont communes qui peuvent être traitées pis gérées tout le monde ensemble aussi (...) je pense que c'est un atout de travailler en interdisciplinarité parce qu'un individu cé pas un, des problèmes. Cé un tout pis qui se dégage dans différentes professions. Faque si tout le monde peut travailler ensemble pour l'individu plutôt que par problème, je pense que ça peut être un atout pour le client. Est-ce que le système de santé est fait pour ça? Je me questionne ». (Annie, nutritionniste)

Au SAD c'est à toi de créer tes opportunités d'interdisciplinarité (...) c'est à toi de t'organiser pour favoriser l'interdisciplinarité (..) Attends pas que ça soit sur papier (...) Ceux qui ont envie de travailler en équipe vont saisir l'occasion (...) on travaille pour le client avec des objectifs communs. Si l'intervenant plus dans leur discipline et voit l'individu juste au niveau physique : difficulté à comprendre des affaires. (Jo, ergothérapeute)

Jo (ergothérapeute) se désole; car elle n'a pas l'impression que l'interdisciplinarité soit valorisée. « Coudonc, y pensent-tu que l'inter c'est s'asseoir pis faire un PI ? ». Toutefois, Julie (TS) affirme qu'il existe une vision globale plus interdisciplinaire qui est prônée quoique dans la pratique il y ait « beaucoup de travail à faire (...) inter mais mécanismes pas encore bien huilés ».

4.2.4 La pratique professionnelle

À travers les entrevues réalisées, les répondantes abordent la pratique professionnelle propre à chacune, à chaque profession. Parmi les travailleuses sociales, la pratique professionnelle est souvent enchevêtrée avec le rôle de pivot, de coordination. La diplomatie et le jugement émergent du discours de la physiothérapeute (Katherine) en ce qui a trait à sa profession.

Ça prend beaucoup de jugement pour savoir jusqu'où on peut aller pour répondre aux attentes (...) comme professionnel de la réadaptation, il faut être très très très très diplomate (avec usagers) (...) la travailleuse sociale passe après nous pour ramasser la personne qui vit encore des deuils parce qu'il y a des nouvelles pertes.

L'insécurité quant à sa pratique professionnelle affecte la capacité à travailler en interdisciplinarité. À cet effet, les propos de Brigitte (ergothérapeute) le démontrent :

C'est pas tout le monde qui sont capables de nécessairement faire ça. Faque quelqu'un qui est pas sûr dans sa pratique (...) y vont faire leurs affaires solo, discrètement (...) c'est là qu'on travaille pas bien dans ces cas là parce que quand on fait ça on s'attache pas au plus commun (...) cé toutes des ti objectifs à gauche à droite pis on y arrive pas à la fin. On n'aide pas le patient.

Du côté de la pratique en ergothérapie, nous soulignons que l'implication et le plaisir de travailler en interdisciplinarité, en équipe, fait consensus. Il est discuté que la nature du travail en ergothérapie s'appuie sur l'interprofessionnalité puisque les ergothérapeutes sont formés à travailler de cette façon. Les styles personnels différents soulevés amène Josianne (ergothérapeute) à expliquer que chaque ergothérapeute est différente « (...) pas de formatage, exemple une ergo, dans telle situation va agir de cette façon-là. Ça dépend des expériences professionnelles de chacun et du type de personnalité ». Plusieurs exemples de pratiques sont fournis et explicités par ce groupe de professionnelles, comparativement aux travailleuses sociales. Ces dernières exposent davantage d'exemples en lien avec leur rôle et pratiques de coordination.

En ce qui concerne la pratique professionnelle en nutrition, Annie (nutritionniste) aborde une limite à son intervention. Elle stipule que, même si elle avise et suggère fortement, la personne est responsable de son geste. En donnant l'exemple d'une personne dysphagique et des interventions en lien avec le risque de s'étouffer avec une pizza, elle affirme fermement « je peux pas faire la police ». Lorsque Annie (nutritionniste) se retrouve seule dans un dossier, en attente d'un autre professionnel, son discours est le suivant :

Je vais faire mon bout de nutrition mais on est conscient qu'il y a autre chose (..) vais avoir besoin d'être entourée, supportée (...) d'aller chercher le support clinique des autres collègues.

Terminons cette section en abordant la pratique professionnelle des travailleuses sociales, qui, comme nous l'avons souligné plus haut, est enchevêtrée avec le rôle de pivot. Cet aspect ayant été exposé précédemment, nous consignons ici éléments les plus signifiants concernant la pratique du travail social.

Julie (TS) mentionne que, dans son rôle de TS, elle agit comme courroie de transmission pour la personne qui n'est pas capable de se représenter justement. En tant que travailleuse sociale, son rôle consiste à également aider, par son lien, à faire passer les recommandations des autres professionnels et, par la suite, de les travailler. Pour sa part, Émilie (TS) évoque son rôle de cette façon : « on est là pour la mise en place de services, suivi deuil, épuisement, reloc, risques à dom. ». L'explication de son rôle de travailleuse sociale auprès de la clientèle, laisser ses coordonnées et disponibilités ainsi que créer un lien de confiance font également partie de sa pratique professionnelle. Les craintes et réticences concernant le rôle de la travailleuse sociale sont soulevées par Émilie (TS), la seule des travailleuses sociales qui aborde cet aspect. Elle est aussi la seule à discuter de ses collègues exerçant la même profession qu'elle en soutenant que certaines « collègues TS sont plus rigides (...) ferment d'emblée plus rapidement que d'autres, ferment sans en parler (...) TS sont rapides sur fermeture ».

En résumé, nous constatons une différence dans la conception de la pratique professionnelle entre les travailleuses sociales et les autres professionnelles. À cet effet, la pratique des travailleuses sociales correspond davantage au rôle de pivot qu'à son essence disciplinaire, alors que les autres professionnelles conservent une saveur propre à leur discipline à travers les pratiques interprofessionnelles.

Une seconde différence est notée en regard de l'insécurité liée à la pratique professionnelle, cette dernière affectant la capacité à travailler dans un contexte interdisciplinaire. Les professionnelles hors travail social abordent cette dimension, alors que les travailleuses sociales, dans leurs discours, ignorent cet aspect ainsi que

son impact sur la conception de l'interdisciplinarité et des pratiques associées. Cette omission révélerait-elle leur propre insécurité ?

Une troisième différence consiste en la vision de l'interdisciplinarité, plus large et nuancée chez les non TS. Les définitions et les exemples donnés rejoignent celle retenue dans le chapitre un. Il n'est donc pas surprenant qu'il y ait consensus chez les ergothérapeutes à propos du plaisir à travailler en interdisciplinarité, au sein d'une équipe qui collabore, et qui démontre une grande implication interprofessionnelle. Leur formation universitaire, incluant l'interdisciplinarité comme objet de connaissances, contribue certainement à cette ouverture et au potentiel clinique qu'elles accordent à de telles pratiques. La formation universitaire en travail social aurait avantage à s'ouvrir à autrui sans craindre de perdre sa spécificité.

4.3 Les pratiques organisationnelles

4.3.1 Sous l'angle des exigences

Les deux groupes de participantes rencontrés font tous état des exigences de performance imposées par la direction des organisations depuis un certain moment déjà. Concernant ces obligations organisationnelles, nous constatons à travers toutes les entrevues que les dernières années ont été charnières du point de vue du seuil de performance des professionnels exigé par le gouvernement et le CSSS. Ces données ressortent avec une intensité variable dans les propos consacrés à ce thème. À cet effet, Yawa (TS), entre autres, confirme qu'il « y a eu beaucoup de changements dans les deux ou trois dernières années ». Certaines personnes interviewées abordent d'emblée les exigences et les impacts associés, dont nous allons traiter plus loin, avec plus de verve, de détails et d'émotions. D'autres ont été davantage factuelles.

Certaines des répondantes soulignent également que, depuis un certain temps, la

pression liée à la course à la performance, au nombre d'heures à domicile à atteindre, s'est amoindrie, mais demeure néanmoins omniprésente. Les cibles sont encore un enjeu au quotidien. Toutefois, les rencontres visant les résultats s'espacent. Katherine (physiothérapeute) décrit comment les exigences d'heures à domicile sont présentées aux employées.

Chaque catégorie d'intervenant a un temps à passer à domicile, avec des cibles. Ils nous disent que si les cibles ne sont pas atteintes au complet y'aura pas de développement. On va avoir des assignations, des surcroits qui vont être coupés au 1 avril.

Une différence a été notée par la chercheuse sous cette rubrique entre les entrevues s'étant déroulées à l'hiver et au printemps 2014 versus celles ayant eu lieu à l'automne de la même année.

En ce qui a trait aux cibles, ce sujet revient dans les entrevues de chaque participante. Seule nuance, le nombre est différent pour les catégories de professionnelles. Les travailleuses sociales ont abordé le nombre d'heures à domicile à atteindre pour les intervenants psychosociaux, soit 3 heures par jour. Émilie (TS) précise que « le temps de déplacement n'est pas comptabilisé dans ce calcul ». Pour ce qui est des autres professions, le pourcentage varie. Dans le même ordre d'idées, il est à noter que les termes et concepts d'optimisation et de LEAN ont été explicités par presque toutes les participantes.

D'autre part, certaines autres exigences organisationnelles sont soulevées par les participantes. Principalement, nous retenons les exigences ministérielles concernant les OEMC, incluant les dates limites pour les compléter, et les PSI obligatoires, dès que plus d'un professionnel est assigné au dossier. À l'interne, les demandes concernant les nouveaux dossiers à prendre en charge constituent également une exigence dans le contexte où la recherche a eu lieu. Annie (nutritionniste) traite des enjeux reliés à la

priorisation des exigences. À ce propos, elle mentionne la difficulté à rencontrer les objectifs reliés aux PII en regard des exigences concernant les heures à domicile :

Faut être à dom. (les) PII c'est pas valorisé car prenez pas trop de temps pour les faire. (...) C'est important de les faire, cé tenu par la loi des faire mais y'a pas nécessairement d'outils ou y'a pas nécessairement de support là. (Annie, nutritionniste)

Une seule travailleuse sociale a été gestionnaire de cas. L'entretien avec Caroline (TS) révèle qu'en plus des exigences reliées au soutien à domicile, celles découlant de ce rôle s'ajoutent et augmentent la pression.

Je suis le client peu importe où il est. Tu suis au CH, parle aux intervenants et organise la sortie (...) On te donne des commandes toutes faites. La tâche est assez lourde et (le) travail ne diminue pas car faut que tu te déplaces, tu as un temps limité pour intervenir. (...) c'est un irritant, une surcharge car ton caseload est pas plus petit et tu as pas moins de pression. (Caroline, TS)

Durant les rencontres, les participantes ont mis l'accent sur la pression liée à ces multiples exigences. Nous verrons ce qu'elles en ont dit à travers le sous-thème suivant.

4.3.2 Sous l'angle des impacts

Toutes les participantes rencontrées abordent les impacts au niveau des pratiques interprofessionnelles reliés aux exigences organisationnelles des dernières années. Les conséquences de l'optimisation prennent une place importante dans leur discours. Les professionnelles font état de leur réalité en nommant, à chaque fois, l'aspect négatif de ces impacts sur les pratiques interprofessionnelles. Regardons les résultats significatifs qui sont regroupés afin de faciliter la lecture. En discutant de l'ambiance et du support entre collègues résultant des pratiques organisationnelles relevant de l'optimisation, Julie s'exprime à propos des impacts de ces pratiques organisationnelles:

C'tait la panique faque tout le monde travaillait, tout le monde voulait sauver sa peau (...) je suis arrivée un peu dans un tsunami, tout le monde était un peu en crise de son côté (...) l'esprit d'équipe était pas facile, ça avait un gros impact là. (Julie, TS)

L'enfer (...) Ça nuit aux relations inter. parce que là on a une pression pour aller de plus en plus à domicile, aller voir le client et tout ce qui est fait ici ne compte pas (...) Si le TS arrive pis que toi faut que tu partes ben tu vas choisir de partir parce que là t'a pas le temps là, c'est pas payant (Brigitte, ergothérapeute)

La diminution du support, d'échange d'informations et de formation entre collègues sont des impacts soulevés par la majorité des professionnelles participant à la recherche. Celles ayant un plus grand nombre d'années d'expérience, au soutien à domicile, pouvaient faire état du « avant » et du « après » en regard des exigences d'optimisation, témoignent de tous ces impacts. En ce sens, Katherine affirme que:

On est en train de tuer l'interdisciplinarité, pis on se développe moins comme groupe pis comme équipe de ce qu'on se développait avant (...) Faut vraiment se battre contre nos valeurs. On veut faire de l'interdisciplinarité mais on nous met de la pression pour performer. (Katherine, physiothérapeute)

De plus, la qualité des services est également évoquée dans les données recueillies. Cependant, des différences existent, car certaines soutiennent que la qualité y est encore alors que d'autres affirment que le fait de ne pas pouvoir travailler en collaboration enlève du temps et de la qualité de service. Josianne (ergothérapeute) donne un exemple à propos de l'augmentation des chutes chez les usagers, car les AFS ne venaient plus les voir autant. Une initiative a été prise par l'équipe de réadaptation, soit celle d'aller les rencontrer dans leur réunion hebdomadaire afin de diminuer cet impact ayant un effet direct sur la clientèle. Toutefois, l'échantillon rencontré est unanime quant à la présence des conséquences relatives au manque de temps, de disponibilité et d'accessibilité. Il est observé et vécu tant par les professionnels que par la clientèle (liste d'attente qui s'allonge, urgences qui ne sont pas prises en charge dans les temps requis). Annie (nutritionniste) soutient que, dans son quotidien, les intervenants vivent

« un casse-tête pour réunir les professionnels en lien avec nos réalités professionnelles ».

Concernant le sens clinique de certaines démarches (appel téléphonique à l'utilisateur, démarches auprès des partenaires, aller voir un collègue pour discuter d'un dossier, PII, PID) ou ce qui peut être classé comme de l'administratif, du travail clérical (remplir les formulaires, notes évolutives), il est rapporté qu'elles ne sont pas calculées dans les heures à domicile, ce que plusieurs professionnelles interrogées déplorent avec intensité. Elles en rajoutent, en précisant qu'elles vivent une pression continue en se le disant elles-mêmes ou se le faisant rappeler par leurs supérieurs, lors des rencontres hebdomadaires, qu'elles ne sont pas performantes.

Quelques participantes ont partagé des réflexions en lien avec les impacts et modifications observés et vécus dans leur quotidien. Par exemple, Jo (ergothérapeute) nomme comment ces changements l'affectent. « J'ai voulu aller plus vite et je me suis brûlée (..) sauf que (..) moi dans ma tête j'ai décidé qu'ils se la mettront ben où ils veulent leur optimisation ». Une autre ergothérapeute (Josianne) exprime ceci :

Parce que té tout le temps dans le rush de dire là je suis pas à domicile là, là je suis pas à domicile (...) ça diminue le temps pour les démarches, les appels aux intervenants, les rencontres inter avec ton équipe, de prendre le temps d'aller les voir. (...) Donc, cé l'impact que ça l'a eu sur, sur notre travail interdisciplinaire.

Notons que les travailleuses sociales n'ont pas partagé directement de réflexions à propos des impacts quotidiens dans leur pratique interprofessionnelle.

4.3.3 Sous l'angle du fonctionnement

En ce qui concerne le fonctionnement organisationnel, nous avons regroupé les propos significatifs des participantes à travers ce qu'elles ont dit en regard des références et

des plans d'interventions.

Pour chacune des personnes interrogées, il est clair que, pour effectuer une référence à un autre professionnel, un formulaire doit être complété et acheminé à la secrétaire qui le remet à la personne responsable de la priorisation dans chaque sous-équipe. À propos du fonctionnement de la liste d'attente et de la priorisation des demandes, un consensus émerge des répondantes ayant discuté de cet aspect. Afin d'informer l'équipe d'une demande de changement ou d'accélérer l'entrée d'un professionnel au dossier, la mise à jour est essentielle. Qu'elle soit verbale ou en version papier, de nouveaux éléments doivent justifier une nouvelle priorisation. Ce type de fonctionnement est relaté par la majorité des personnes du groupe d'autres professionnelles, dont les travailleuses sociales ne font pas partie. Cependant, une travailleuse sociale soulève un point concernant la priorisation : « quand c'est urgent, y'ont les services, c'est une équipe de professionnels sensibles » (Caroline, TS).

En ce qui trait aux plans d'intervention, notre collecte de données nous démontre que les répondantes, qui ont abordé le sujet de l'animation, confirment que l'animation des PII se fait par l'ASI (assistante du supérieur immédiat), une infirmière de profession. À ce sujet, Jo (ergothérapeute) fait état d'un fonctionnement différent. « À l'autre place c'est le pivot qui animait. J'aime mieux quand c'est le pivot. Quelqu'un qui connaît pas le dossier, elle pose des questions très multi, pas inter. ». La rédaction du plan s'effectue par le pivot.

Afin qu'un PII ait lieu, les répondantes sont invitées par la secrétaire et, chaque semaine, un après-midi y est consacré. Pour faire devancer un plan d'intervention de ce type, certaines ont mentionné faire appel à la secrétaire tandis que d'autres abordent directement l'ASI. La règle pour qu'un PII se déroule est que deux intervenants soient impliqués dans le même dossier. Cependant, Josianne (ergothérapeute) souligne que cela n'est pas du ressort des intervenants d'aller informer qu'un PII doit avoir lieu. Elle

ne peut dire à quel moment et qui exactement décide du moment.

Un PII, dès que tu es 2. Ça pas de bon sens. C'est la loi du gouvernement. Pour moi c'est pas une bonne vision de la pratique. On peut être 2 pis c'est du multi. De l'inter cé quand tu as un but commun. Moi je fais ça, toi ça, toi ça c'est pas de l'inter. Moi j'ai toujours travaillé comme ça, j'ai appris ça à l'université. (Jo, ergothérapeute)

Elle poursuit dans le même sens :

J'ai pas besoin de savoir ce que la TS fait, je le sais on travaille déjà ensemble. Si on a de besoin de rencontre inter c'est qu'on a des objectifs à atteindre (...) je trouve pas que c'est un bon travail inter: toi tu fais quoi...à moins que ça soit des éléments pointus, exemple je suis dans le cognitivo behavioral, ok gang on va dans ce sens là. (Jo, ergothérapeute)

En lien avec les PSI, Josianne (ergothérapeute) explique qu': « un PSI c'est plus en DI-DD-TED qu'on voit ça. Cé quand ça implique quelqu'un de l'extérieur. (...) Ici, même si y'a un organisme de l'extérieur, il y pas de PSI ». De son expérience précédente et actuelle, Annie (nutritionniste) évoque ce qui suit : « pour le PSI, d'un module à l'autre ça fonctionne pas toujours nécessairement pareil. Ici, pas convaincue qu'il y en a, chacun fait son PI avec le client ».

Concernant la présence de l'usager, la famille ou le représentant à son PII, toutes s'entendent pour dire que dans leur module, présentement, la personne concernée n'est point présente. Les travailleuses sociales qui ont abordé ce sujet mentionnent qu'elles avisent l'usager qu'une rencontre va avoir lieu et font un retour par la suite. Pour sa part, Annie (nutritionniste) exprime que « ça serait super pertinent que la famille soit présente, incluse et impliquée (...) je suis pas convaincue qu'ils sont toujours au courant ». Quant à, Josianne (ergothérapeute), elle soutient que

Ça serait intéressant que la personne soit impliquée dans le PSI, ce qui se passe jamais dans la vraie vie. J'ai jamais vu la personne ou son représentant sur place. On devrait minimalement prendre le pouls avant, de les informer qu'il y a un PII, d'avoir leurs objectifs. (Josianne, ergothérapeute)

Certaines des autres professionnelles se questionnent à savoir pourquoi les PSI ne se font pas à domicile. Jo (ergothérapeute) explique à ce sujet : « J'ai déjà fait un PI à dom. avec la physio et ça bien été. Je sais pas pourquoi les PI sont pas faits à la maison ».

Par ailleurs, lorsque certaines participantes à l'étude expose le fonctionnement de l'interdisciplinarité, il appert que la cohésion entre les interactions des divers professionnels auprès de l'utilisateur constitue une lacune. Katherine (physiothérapeute) souligne que « souvent on rentre les uns après les autres, malheureusement l'action n'est pas optimale ».

En résumé, les pratiques organisationnelles occupent une place importante dans le vécu interdisciplinaire des répondantes. Nous retenons quelques mots et concepts récurrents exprimés lors de toutes les entrevues menées : impacts, pression, exigences, cibles optimisation et LEAN. Des termes directement issus de la nouvelle gestion publique (NGP) qui font partie intégrante du discours de toutes les professionnelles rencontrées. Le type de gestion de l'équipe de soutien à domicile déterminé pour cette étude s'inscrit dans une démarche LEAN visant à optimiser les pratiques afin d'offrir qualité, quantité et continuité à la clientèle. À cette forme de gérance se greffent les exigences ministérielles qui se traduisent en nombre d'heures à domicile que le professionnel doit cumuler, i.e. les cibles à atteindre.

Ces pratiques organisationnelles entraînent divers impacts, notamment la pression quotidienne à l'atteinte des cibles de rencontrer les cibles et autres exigences (OEMC, rapports divers, exigences des Ordres professionnels), pression vécue et narrée par toutes, affectent indubitablement les pratiques interprofessionnelles. Par ailleurs,

l'animation assurée par une autre personne que l'intervenant pivot et ses effets dans le processus clinique soulève des interrogations chez les répondantes. Une autre question que nous trouvons fort pertinente est en lien avec le fait que, cliniquement, le plan d'intervention est celui de l'utilisateur et qu'il devrait participer aux interventions proposées. L'objectif commun doit faire sens pour l'utilisateur afin qu'il y adhère. Dans cette perspective, pourquoi seulement quelques participantes ont déjà fait un PII à domicile ? La reconnaissance de l'importance de la participation de l'utilisateur ou son représentant et de la famille, au besoin, est présente chez la plupart des professionnelles rencontrées. Cependant, leurs pistes de solutions, leurs éventuelles démarches afin de modifier cette façon de faire restent lettre morte. Pas étonnant que cette pratique interprofessionnelle soit perçue comme une obligation organisationnelle structurée et offrant peu de souplesse. Pourtant, à la base, le domicile devait être le lieu privilégié où s'inscrivait cette démarche du processus clinique interprofessionnel.

4.4 Les relations quotidiennes en contexte interdisciplinaire

La dynamique relationnelle entre les divers intervenants d'une équipe œuvrant au soutien à domicile constitue un enjeu central dans un cadre de travail interdisciplinaire. Cette section sera donc consacrée à l'aspect relationnel des interactions entre les travailleuses sociales et les autres professionnelles. Dans la section qui suit, nous mettrons en lumière les commentaires des répondantes à ce sujet. Selon leurs propos, deux dimensions se démarquent : la personnalité et la profession.

4.4.1 Sous l'angle de la personnalité

De manière générale, les professionnelles des deux groupes affirment que les caractéristiques personnelles facilitent ou compliquent les relations, les interactions dans leur contexte interprofessionnel. En effet, elles sont davantage portées à aller vers quelqu'un avec qui elles ont plus d'affinités. Leurs échanges et pratiques

interprofessionnelles s'en voient alors facilités. Des entretiens est ressorti qu'il est davantage possible de partager avec certains collègues et de travailler en interdisciplinarité avec ceux-ci. Par exemple, Josianne (ergothérapeute) explique « qu'il y a différentes façons d'intervenir. On sait que telle personne intervient de telle façon ». Katerine (physiothérapeute) en rajoute en faisant mention de ceci : « on va vers des gens qui vont nous donner du support. Des fois sont au dossier, des fois non. (...) On développe des liens ». L'envie d'interagir ou d'éviter cette personne a également été soulevée par certaines travailleuses sociales. À cet effet, « des fois je suis contente de tomber sur la boîte vocale, des fois pas nécessairement le goût de voir la personne » (Émilie, TS).

Cependant, il est à noter que les travailleuses sociales, du moins celles qui ont abordé cette nuance, soulignent que des irritants ou des problèmes dus à la personnalité (l'aspect de la profession sera traité dans la section suivante) font partie de leur réalité quotidienne avec certaines des professionnelles. À cet effet, « il y en a qui ont le piton panique un peu plus que certaines » (Yawa, TS). Caroline, quant à elle, souligne que

Ça dépend de la personne de ce qu'elle voit comme problème ou difficulté, certaines sont insécures donc à la moindre petite affaire : référence. (...) cé délicat avec plusieurs professionnels, il faut faire attention avec certaines personnalités. (Caroline, TS)

Elle poursuit dans le même sens en disant que:

Pas évident avec certaines infirmières... la référence arrive trop tard, tout est bousillé (...) cé pas évident qui t'a pas fait confiance, de se faire dire vous seriez arrivées trop tard de toute façon. T'as l'impression qu'il faut que tu convainques l'infirmière de la nécessité de ton travail. (Caroline, TS)

Toujours concernant les caractéristiques entravant l'interdisciplinarité, exprimées par le groupe de professionnelles n'étant pas travailleuses sociales, nous retenons les propos de Katerine (physiothérapeute) : « Ya des gens plus brusques, qui enrobent

moins la réalité, d'autres qui ont plus de tact (...) Il y en a qui te revirent de bord et d'autres qui prennent le temps ». Elle continue nuancant:

Ya des gens qui crient au loup, quand on arrive pis que c'était pas urgent, on est moins enclins après ça à reprioriser les demandes. (...) Des gens qu'on connaît très bien, on sait quand ils nous disent cé urgent, cé urgent. (Katherine, physiothérapeute).

4.4.2 Sous l'angle de la profession

Malgré le discours général, auprès de toutes les répondantes, relatifs aux relations qui se construisent davantage à partir des caractéristiques plutôt que de la profession de la personne, quelques groupes professionnels ont été ciblés à travers leur discours. Il est à noter que les verbalisations des répondantes comprenaient une nuance qui se résume en « je ne veux pas généraliser mais... ». Cette nuance concerne surtout certaines infirmières. Les auxiliaires familiales et sociales ont aussi été évoquées. Certaines d'entre elles sont identifiées comme ayant le « piton panique » plus facile que d'autres, le niveau d'anxiété plus élevé également. Regardons ce qu'elles ont dit.

Certaines personnes plus que des groupes, ne veut pas généraliser mais plus en nursing (...) sont plus dans le monde médical les infirmières. (...) par rapport à l'autonomie, plus difficile avec les infirmières. (Émilie, TS)

Certaines infirmières ont un tempérament peut-être un peu plus anxieux. Vont s'en faire plus facilement et pas capable de se détacher, vont s'en mettre beaucoup sur les épaules. (Caroline, TS)

Caroline (TS) quant à elle soulève un irritant concernant les relations au quotidien:

Quand on voit le nom de l'infirmière, on sait déjà d'avance qu'un bout d'intervention a été fait pis qu'on va devoir récupérer. Elle a une formation en soins infirmiers, excellente dans sa profession, nous on a étudié pour ça.

Elle poursuit dans le même sens en parlant de certaines infirmières :

Beaucoup de temps pour parler, évaluer le moral, essayer de consoler, supporter, des fois sont allées trop loin dans l'intervention psychosociale et ya eu des ratés. (elles) dépassent leur mandat par gentillesse, besoin d'aider, ché pas pourquoi donc au niveau social, on ramasse plus, des problèmes qui sont survenus suite à ça. (Caroline TS).

Dans la même lignée, Julie (TS) souligne que

C'est arrivé des gens qui sur le plan social veulent prendre trop de place pis y'ont pas nécessairement l'expertise et ce qu'ils disent cé pas nécessairement vrai faque ça peut saboter un peu ce que l'autre fait.

Par ailleurs, lors des entrevues, il est ressorti que les auxiliaires familiales et sociales (AFS) sont davantage inquiètes, anxieuses par rapport aux clients. De ce fait, les propos de Caroline (TS) illustrent bien ce que nous avons récolté, en majorité, lors des entrevues :

Les auxiliaires s'inquiètent beaucoup pour nos clients. Vont beaucoup parler de leurs inquiétudes qui sont pas toujours justifiées. Faut calmer, rassurer et expliquer le plan de match (...) Des fois elles ont plus de confidences, elles interprètent des choses (...) Comme les infirmières vont s'en faire plus facilement et pas capables de se détacher, vont s'mettre beaucoup sur les épaules.

De plus, les répondantes travailleuses sociales ont aussi tenu des propos concernant la réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique), en spécifiant qu'ils sont proches comme équipe, qu'ils travaillent beaucoup en interdisciplinarité et qu'avec eux cela s'est toujours bien passé. Les propos de Brigitte sont de même nature concernant à leur tour les travailleuses sociales :

Moi j'ai jamais eu de problème. Les travailleurs sociaux quand j'arrive là, je m'assois (...) Yont tout le temps de l'écoute. Y prennent le temps (...) Ils arrêtent leur temps pis ils nous laissent jaser (...) pis j'ai tout de suite une recherche de

solutions, tout de suite un but commun qu'on va se faire aussi. (Brigitte, ergothérapeute)

Les travailleuses sociales ont majoritairement abordé cet aspect, visant particulièrement les soins infirmiers. La seule personne interviewée faisant partie du groupe des autres professionnelles, qui a identifié précisément une profession pouvant mener à des difficultés, nous informe de ceci : « au SAD, plus d'individus en soins infirmiers qui semblent avoir de la difficulté avec l'inter. Horaire? Charge? Compréhension des rôles? » (Jo, ergothérapeute). Elle nous a partagé des exemples, de cette pratique, où les relations interprofessionnelles, sous l'angle de la profession, ont affecté les interventions :

Les soins des plaies zone commune entre infirmière et ergothérapeute, et l'infirmière s'entêtait à gérer cela seule (...) quand j'aurais pu aider en proposant autre chose (...), l'infirmière était pivot en fin de vie ne me transmettait pas les informations, les messages. (Jo, ergothérapeute)

Les propos tenus concernant spécifiquement les travailleuses sociales ne l'ont pas été par le groupe des autres professionnelles, mais bien par certaines travailleuses elles-mêmes. Regardons ce que Yawa (TS) a dit en ce sens : « (certaines) je fais ma petite affaire, je gère mon caseload et je communique pas aux autres ».

En résumé, les caractéristiques personnelles et la nature de celles-ci constituent un élément influent, positivement ou non, pour les relations interprofessionnelles. Le désir d'aller vers une personne en particulier et de travailler en collaboration s'accroît en raison des caractéristiques perçues favorablement. De plus, notons que concernant les caractéristiques liées à une profession, les répondantes insistent sur leur volonté d'éviter une généralisation en regard d'une profession en particulier. Cependant, malgré cette insistance à ne pas cibler de profession spécifique, les travailleuses sociales, en majorité, dénotent qu'avec les infirmières le travail interdisciplinaire peut être plus ardu ou délicat. Quant à elles, les professionnelles de la réadaptation sont unanimement

reconnues comme faisant partie d'une équipe solidaire pour qui les pratiques interprofessionnelles sont valorisées et mises de l'avant.

4.5 La communication entre professionnels

Dans le cadre de cette recherche, les professionnelles ont également mentionné la communication comme étant partie intégrante des pratiques interprofessionnelles. Cette section de la présentation des résultats se consacrera aux propos collectés à ce sujet, des aspects formel et informel se déclinant sous l'aspect formel et informel de cette communication.

4.5.1 Sous l'angle de la communication dite formelle

Lors des entretiens, autant chez les travailleuses sociales que chez le groupe d'autres professionnelles, les moyens de communication formels évoqués en plus grande proportion sont les suivants : la communication téléphonique directe, les messages sur la boîte vocale, les discussions prévues lors des rencontres interdisciplinaires menant à un PII et la communication directe prévue.

Les propos de certaines professionnelles appartenant aux deux groupes mettent en lumière les difficultés rencontrées, dans leur contexte quotidien, du point de vue de la communication directe. En se référant aux discussions avec des collègues, Émilie (TS) soulève certains obstacles lorsque vient le temps d'échanger.

On a moins de temps (...) on a l'impression de déranger nos collègues, parce que le temps au bureau est précieux pour faire nos notes et le plus de paperasse possible. Tu essayes de faire ça vite.

Josianne, ergothérapeute, poursuit sur cette lancée : « (on n'est) pas souvent au bureau donc très difficile de se rejoindre, de se rencontrer ». Katherine explicite davantage cet

aspect :

Il y a eu une grosse cassure avec l'optimisation qui est arrivée. On se croisait ou on se laissait des messages. On savait quand les gens étaient pour être là. On savait où aller croiser les gens. Là on est moins dispos parce que plus à domicile. (...) Quand on croise des gens des fois on en a tellement par-dessus la tête qu'on longe les murs. On espère ne pas avoir trop de messages et que pas trop de monde vont venir nous voir. Le nouveau fonctionnement tue un petit peu les liens qu'on avait réussi à créer, les liens de confiance pis les mécanismes qu'on s'était donnés pour faire avancer nos dossiers. (Katherine, physiothérapeute)

Une observation quant à l'humanisation de la communication est expliquée par Caroline (TS) : « j'ai l'impression que le contact humain, qu'on finit par le perdre (...) yé moins humanisé parce que les intervenants ferment plus leurs portes, se parlent moins ». Pour faire suite à cet aspect relationnel, nous abordons donc maintenant un style de communication indirecte.

Les entretiens nous ont démontré que pour certaines travailleuses sociales, l'informatisation des notes est considérée comme une manière de communiquer souvent utilisée à défaut de pouvoir parler directement à un collègue ou pour obtenir de plus amples détails. À cet égard, Émilie (TS) fait le parallèle entre la lecture des notes dans un dossier papier versus les notes informatisées visibles à tous via un logiciel informatique, qui peut être un facilitateur: « Les notes (sont) plus lues qu'avant (...), car il fallait faire sortir le dossier, plus facile de lire les notes des autres « ah elle a fait ça, elle est allée », cé facilitant ». Julie (TS), quant à elle, souligne que « (ce n'est pas) pas tout le monde qui a le réflexe d'aller chercher le dossier papier, plus d'infos qui se passent depuis l'informatisation des notes ». Ce moyen de communiquer de manière indirecte, à travers un dossier, ne fait pas partie du discours du groupe des autres professionnelles, à l'exception de Brigitte (ergothérapeute).

De plus, les messages laissés et reçus sur une boîte vocale, font partie de toutes les interviews. Parfois utilisés pour donner des informations, demander une discussion plus substantielle, pour éviter une rencontre face-à-face, ou à défaut de ne pouvoir interagir directement le professionnel, la boîte vocale est un élément présent dans le quotidien d'une équipe au soutien à domicile. Quant à l'utilisation du courriel (Lotus), quoique abordée par une minorité, les entretiens ne nous démontrent pas que cette pratique communicative soit significative.

4.5.2 Sous l'angle de la communication dite informelle

Lors des entretiens avec le groupe de professionnelles non TS, les discussions de corridor ont été soulevées dans toutes les entrevues. Nous retenons que ce type de discussion reste majoritairement la pratique de communication informelle la plus utilisée en contexte de soutien à domicile. Annie (nutritionniste) illustre un aspect positif de celle-ci : « (Les) discussions de corridor viennent enrichir la situation (...) (les) conversations de corridor qui sont souvent très enrichissantes ».

Autant Annie que Josianne parlent de la possibilité de faire un PII, « un focus ou caucus » (Annie, nutritionniste) ou une discussion clinique de manière informelle. Cependant, il est également mis en lumière que l'informel est en diminution à la suite des exigences mises en place ces dernières années. Katherine (physiothérapeute) met l'accent sur le fait suivant : « on avait 3 fois plus de corridors, d'informel ». Josianne (ergothérapeute) renchérit en évoquant les possibilités d'utiliser l'informel, qui se font plus rares : « là si on voudrait un PI informel, plus difficile de créer des occasions ».

Du côté des travailleuses sociales, cet aspect de la communication n'a pas été exposé autant que chez l'autre groupe de répondantes. D'ailleurs, les deux TS ayant le moins d'expérience n'ont pas abordé ce sujet de manière explicite. Cependant, Caroline (TS), en parlant de l'informel (rencontres de corridors ou dans les bureaux), rapporte ceci :

Dans l'informel je vais recueillir ce qu'ils ont à me dire, aller les voir un à un (...) fais bcp mes choses de façon informelle. Si j'ai besoin info, service, quelque chose (...) on était proche, on se connaissait bien, maintenant l'équipe est plus grosse, il y a moins d'informel. (Caroline, TS)

Yawa (TS) souligne que « (les) ergo et physio travaillent beaucoup en inter, viennent dans mon bureau et on en jase », tout en émettant une réserve quant à l'informel en général: « Y a encore de l'informel (...) ça prend quand même beaucoup de temps ».

En résumé, la communication en tant que pratique professionnelle, formelle et informelle, est en diminution. Les occasions se font plus rares, et, lorsque celles-ci se présentent, le temps est un facteur limitant. La diminution de la communication entre intervenants dans un objectif interdisciplinaire est réduite en fréquence, en durée et en qualité. Notons que la communication informelle, particulièrement lors des rencontres de corridor ou de cadre de porte, est toutefois considérée encore pertinente pour celles qui l'ont abordée; qui sont, soulignons-le, les professionnelles non travailleuses sociales. Par conséquent, l'amenuisement de l'apport communicationnel informel dans le processus clinique est à prendre en considération.

Bref, la présentation des résultats de notre recherche révèle l'hétérogénéité des formes de l'interdisciplinarité, tant du point de vue de ses conceptions que de ses mises en application lors des pratiques interprofessionnelles au quotidien; l'hétérogénéité entre les travailleuses sociales et les autres professionnelles. Les premières peinent à différencier l'essence disciplinaire du rôle de pivot, évacuent tout commentaire relatif à l'insécurité en regard de leur pratique lors du travail en interdisciplinarité et pointent du doigt l'ingérence d'autres professionnelles tandis que les secondes, qui, en raison de leur formation universitaire, de leurs pratiques de nature plus interdisciplinaire et de la conscience des limites de leurs interventions, considèrent les pratiques interprofessionnelles de manière beaucoup plus positive. Toutefois, toutes les

participantes s'entendent pour dire que les exigences et pratiques organisationnelles rendent ardue l'interdisciplinarité au quotidien, comme en témoigne la diminution de toute forme de communication, formelle et informelle, ce qui affecte forcément l'ensemble des pratiques interprofessionnelles au quotidien. La lourdeur organisationnelle constitue-t-elle une entrave à la standardisation des P.I.I à domicile et l'implication des usagers à ceux-ci ? La question mérite d'être posée et l'analyse des résultats au chapitre subséquent permettra d'élaborer des pistes de réflexion à ce propos, de même que sur l'ensemble des pratiques interprofessionnelles.

CHAPITRE V

ANALYSE ET DISCUSSION

Ce dernier chapitre, consacré à l'analyse et à la discussion des résultats, offre un éclairage particulier pour la compréhension des pratiques interprofessionnelles. Tant l'analyse des résultats, le cadre théorique que la problématique participent à la construction de sens de cette étude. Cette construction de connaissances apporte des réponses à nos questions de recherche selon différentes perspectives, différents angles d'analyse. Cette section de l'ouvrage met à la disposition des travailleurs sociaux et autres professionnels du domaine de la santé et des services sociaux des pistes de réflexion concernant leur pratique en contexte interdisciplinaire. Rappelons la question principale de cette étude:

- Comment s'articulent les pratiques interprofessionnelles dans le quotidien des acteurs d'une équipe de soutien à domicile ?

Nous avons également formulé quelques questions secondaires pour cette recherche :

- Comment s'articulent les pratiques informelles à travers celles que les gestionnaires souhaitent standardisées?
- Comment les zones grises et l'insécurité liées aux pratiques interprofessionnelles se vivent-elles au quotidien?
- Comment s'articulent la collaboration et la coordination, relevant de logiques différentes, au sein d'une équipe interdisciplinaire?
- Le clinique est-il servi quand les intervenants sociaux travaillent, en collaboration ou dans une logique de coordination, avec les autres professionnels?

- Qu'en est-il de la pratique du travail social dans une logique de coordination et de collaboration?

Ce chapitre sera divisé en trois parties afin d'assurer une cohérence avec le cadre théorique proposé dans le second chapitre. En premier lieu, comme il existe plus d'un type de coordination utilisé dans une organisation (Mintzberg, 1987, 1990), les pratiques interprofessionnelles et organisationnelles seront analysées en regard de l'ensemble des mécanismes de coordination que décrit Mintzberg (1987, 1990) dans sa vision analytique de l'organisation. Par la suite, utilisant la contribution théorique de Mendel (1998, 2004), nous traiterons des pratiques professionnelles à travers les concepts d'acte, d'actepouvoir et de métier. En dernier lieu, nous dirigerons notre attention en abordant la pratique interprofessionnelle sous l'angle des interactions, notamment en incluant le pouvoir et le langage à travers celles-ci. Nous concluons en reconnaissant les limites de la présente étude ainsi que les opportunités qu'elle offre au plan de la recherche, des pratiques interprofessionnelles et de la réflexivité des acteurs étant prêts à s'y engager.

5.1 Les mécanismes de coordination: logique managériale /logique de professionnalisation

En majorité, les pratiques organisationnelles au soutien à domicile, en contexte de CSSS, sont régies selon une logique managériale. La collaboration et la coordination au sein des pratiques interprofessionnelles relèvent, quant à elles, principalement de la logique de professionnalisation. Cependant, ces deux logiques s'entrecroisent, s'influencent pour former une logique hybride qui sert de toile de fond à ces pratiques variées et difficilement cantonnables dans une seule logique précise. Les mécanismes de coordination de l'action permettent une analyse du point de vue des théories des organisations. Mintzberg (1987,1990) stipule qu'habituellement, un mode principal de coordination est présent dans une organisation, ce qui n'exclut pas des modes

secondaires. Par contre, cette recherche nous incite à nuancer et à élargir ce postulat. En effet, au sein du CSSS étudié, les modes de coordination sont tous présents. La complexité inhérente aux résultats obtenus confirme qu'en matière de pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile, l'analyse ne peut être simplifiée en utilisant un seul mode principal. Pour cette raison, nous allons nous concentrer sur trois des modes de coordination.

En raison de leur présence moindre au quotidien, spécifiquement en lien avec les pratiques interprofessionnelles, la supervision directe et la standardisation des processus de travail occupent un rôle de second plan. Bien entendu, la supervision directe est exercée par le supérieur immédiat, mais cette forme de coordination existe également en dehors du programme de soutien à domicile. Un supérieur qui s'assure que ses employés répondent aux exigences ministérielles en leur répétant celles-ci aussi souvent que l'occasion se présente, tout en organisant des rencontres afin d'aborder la productivité et l'efficacité, caractérise la majorité des équipes de travail. Quant à l'imposition de normes (description de tâche, les règles, règlements) visant à orienter l'accomplissement du travail de pivot, les répondantes confirment la présence de modes de coordination, basés sur la standardisation des processus de travail, au soutien à domicile.

5.1.1 La standardisation de la production

En abordant les pratiques organisationnelles, les professionnelles font ressortir amplement le rôle de coordination de l'intervenant pivot qui est assuré, en grande majorité, par la travailleuse sociale. Ce rôle s'inscrit dans ce qui est convenu de nommer la standardisation de la production, car la coordination « est assurée par la mise en place (...) de mesures d'évaluation de la performance standardisées ou de spécifications précises concernant la production » (Mintzberg, 1990, p.216). L'intervenant pivot est le gardien des outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) complétés, à jour et de la

rédaction, du suivi et de la réévaluation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). La pratique disciplinaire du travail social semble toutefois occuper une place secondaire, tapie dans l'ombre des tâches associées au rôle de pivot qui incombe la majorité du temps aux travailleuses sociales. Chez ces dernières, la confusion existe entre le rôle de pivot et le rôle de travailleuse sociale (aspect disciplinaire de leur profession). La logique managériale s'impose de manière significative au détriment de celle de professionnalisation.

Pourtant, les travailleuses sociales qui se réclament habituellement davantage de l'ajustement mutuel (acteurs qui coordonnent leur propre travail en interaction avec les autres professionnels), sont celles qui intériorisent ce mécanisme de coordination de manière significative. Étonnamment, ce sont les autres professionnelles qui s'ajustent mutuellement de manière plus explicite.

La bureaucratisation de la pratique du travail social tant décriée serait-elle devenue intériorisée ? Nous croyons que les travailleuses sociales dénoncent les formes de normalisations, de conformisme relatifs à la structure organisationnelle tout en agissant en sens contraire; contradiction manifeste dans la cohérence des valeurs professionnelles et de la logique de professionnalisation. Agir en incohérence est souffrant et constitue vraisemblablement l'un des fondements du discours de légitimation de la souffrance en regard de la pratique en travail social et de l'identité professionnelle. À moins que ce mécanisme de coordination ne soit maintenant partie prenante indissociable de la pratique disciplinaire en travail social. L'identité professionnelle du travailleur social répondrait alors à certaines exigences structurelles inhérentes à une logique managériale.

5.1.2 L'ajustement mutuel

Les pratiques collaboratives relèvent constamment d'un ajustement mutuel de la part des acteurs. Celui-ci participe ici également à une forme de coordination des interactions qui est imposée selon l'exigence promue par l'organisation du travail interdisciplinaire. Ici, la logique hybride s'installe. Unanimement, les professionnelles reconnaissent le bien-fondé de l'interdisciplinarité au niveau clinique et la nécessité de s'ajuster. Cependant, lorsque la collaboration et la coordination avec certains acteurs se voit imposées, des difficultés émergent et affaiblissent l'efficacité des mécanismes d'ajustement mutuel.

Inexorablement, la personnalité d'un intervenant ou les affinités naturelles avec les autres facilitent ou entravent alors l'ajustement mutuel des acteurs en présence. De part et d'autre, les professionnelles soulignent l'importance des caractéristiques personnelles davantage que la profession qu'occupe un collègue comme facteur d'impact dans leurs relations, leurs interactions. La majorité des répondantes confirment que lorsqu'une certaine chimie opère, le désir d'interaction est en augmentation et celle-ci ne pose pas problème. Cependant, lorsque l'ajustement mutuel s'articule autour d'irritants en lien avec la profession, les pratiques interprofessionnelles se complexifient.

5.1.3 La standardisation des qualifications

La standardisation des qualifications suppose que chaque professionnel possède des habiletés et des connaissances préalables au travail. Cette forme de coordination est effectuée par les ressources humaines du CSSS lors du processus d'embauche. À un autre niveau, soit dans le quotidien interdisciplinaire, notons que cette forme de standardisation des qualifications pose problème habituellement avec les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales. Le discours des participantes concernant ces catégories de professionnelles est atténué par un préambule relatif à l'importance de ne

pas généraliser à celles-ci; comme si cet avertissement déculpabilisait l'interviewée. Ce type de conformisme par soumission (Hellriegel et coll., 1989) sous-tend un comportement souhaitable face à une pression réelle ou imaginaire. Dans le cadre de cette étude, la pression est imaginaire. La désidérabilité sociale face à la chercheuse peut apporter une piste de réponse quant à cette mise en garde. Il semble que de nommer des insatisfactions envers des collègues diminue leur crédibilité ou le comportement qui est attendu en tant que professionnelle.

Pourtant, reconnaître les obstacles et irritants de même qu'interagir de manière adéquate face à ceux-ci ne rend compte d'une réalité qui doit être partagée. Cependant, lorsqu'il est question de rapporter des insatisfactions et des critiques en lien avec la structure organisationnelle, cet enjeu est absent. Une structure impersonnelle ne peut être blessée par des propos négatifs, tandis que des collègues, eux, peuvent l'être. Néanmoins, la logique de professionnalisation sous-jacente aux verbalisations des professionnelles, et plus intensément de la part des travailleuses sociales, est présente, comme nous le démontre cet extrait:

Des fois sont allées trop loin dans l'intervention psychosociale et ya eu des ratés. (elles) dépassent leur mandat par gentillesse, besoin d'aider, ché pas pourquoi donc au niveau social, on ramasse plus, des problèmes qui sont survenus suite à ça. (Caroline TS)

Les infirmières possédant une formation et un mandat concernant les soins physiques alimentent davantage la crainte de perte de spécificité au niveau des travailleuses sociales et des professionnelles de la réadaptation, tout en créant des interactions difficiles. Les extraits, présentés au chapitre précédent et que nous reprenons ici en raison de leur pertinence, le démontrent.

Les soins des plaies, zone commune entre infirmière et ergothérapeute, et l'infirmière s'entêtait à gérer cela seule (...) quand j'aurai pu aider en proposant autres choses (...), l'infirmière était pivot en fin de vie ne me transmettait pas les informations, les messages. (Jo, ergothérapeute)

Certaines personnes plus que des groupes, veut pas généraliser mais plus en nursing (...) sont plus dans le monde médical les infirmières. (...) par rapport à l'autonomie, plus difficile avec les infirmières. (Émilie, TS)

Les professionnelles de l'autre groupe (ergothérapeutes, nutritionnistes et physiothérapeutes) reconnaissent leurs limites professionnelles et personnelles, et sont prêtes à expliquer les raisons qui les poussent faire appel à une travailleuse sociale. La travailleuse sociale est perçue comme une alliée, comme une source d'informations et d'entraide. Cette reconnaissance fait l'unanimité. Par ailleurs, du côté des travailleuses sociales, les compétences et habiletés de leurs collègues des autres professions n'ont pas été abordées. Quelles sont les raisons qui occultent cette reconnaissance dans leurs discours ? Nous croyons qu'une certaine crainte de reconnaître qu'elles ne sont pas seules à être compétentes dans des zones partagées et communes, menace à la professionnalisation du travail social, peut apporter un éclairage à cette omission. La reconnaissance des compétences d'autrui n'est pas une menace à la pratique du travail social. Elle la bonifie sans la dénaturer. Encore faut-il qu'elle soit circonscrite au préalable et assumée avec les incertitudes qu'elle comporte. Au contraire, elle sert de prémisse à l'interdisciplinarité, à des pratiques interprofessionnelles engagées. Il est décevant de constater que la situation semble similaire à ce que les participants de la recherche d'Angeli et coll. (2006) sur les relations interdisciplinaires et les rapports de pouvoir en CLSC rapportaient à cette époque.

En guise de conclusion, si les résultats de cette recherche étaient analysés seulement sous cet angle, nous aurions une impression d'analyse inachevée en ce qui a trait à notre objet de recherche. Par conséquent, nous allons donc poursuivre cette analyse des pratiques interprofessionnelles selon des concepts issus de la sociopsychanalyse

(Mendel, 1998; 2004). Pour nous, le potentiel de risque inhérent à ce choix ne peut être un facteur de repli et mérite d'être dépassé afin que nous puissions ainsi proposer un angle d'analyse supplémentaire.

5.2 Les pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile en terme d'acte, d'actepouvoir et de métier

5.2.1 L'acte en trois temps

Les pratiques interprofessionnelles, exposées dans cette recherche, correspondent à la définition de l'acte selon Mendel (1998, 2004). Selon la conception mendelienne de l'acte, l'interactivité existe entre le professionnel et son collègue (autrui) œuvrant au soutien à domicile. Par exemple, la travailleuse sociale en interaction, lors d'une discussion de corridor avec une ergothérapeute ou d'autres exemples, ayant été rapportés concernant les rencontres à domicile impliquant plusieurs intervenants, correspondent à la conception de l'acte. Toutefois, notre corpus de données relevait de l'addition des réalités et non de leur interactivité permettant d'avoir accès à l'acte lui-même. Nous n'avons pu observer l'acte en tant que tel compte tenu du changement de méthodologie de l'étude, passant originalement de l'observation pour se terminer en entrevues. Le temps présent (observation) modifié en temps passé (entrevues) démontrait déjà que nous ne pouvions colliger des actes à analyser. Cela réduit forcément la portée de l'analyse qui peut être faite selon cette perspective.

Cependant, les interactions professionnelles quotidiennes entre intervenants sont nombreuses et les exemples partagés lors des entrevues en font foi. Le dernier temps de l'acte (post acte) inclut la réflexion personnelle suite à la suite d'un acte, le retour avec les collègues sur ce qui vient de se dérouler et le temps d'intégration nécessaire avant ce moment de rétroaction. Alors, en utilisant le souvenir et la réflexion personnelle subséquente à leurs propres actes, nous constatons que les participantes se

trouvaient déjà dans le post acte, comme les extraits suivants le démontrent:

C'est ce qui est arrivé le monsieur s'est complètement fâché pis y a dit ben quand tu voudras affronter la réalité ben tu me rappelleras, pis yé parti, yé parti vivre chez son frère. Or nous on a été appelés, la dame il lui restait deux jours à vivre parce que l'infirmière a bien vu qu'elle avait besoin d'aide, que toutes seule elle y arrivait pas, elle nous a demandé beaucoup trop tard, il nous restait seulement deux jours à travailler. On a réussi à réunir la famille, à travailler des choses mais il s'est passé deux trois semaines d'enfer dans cette famille-là. (Caroline, TS)

Dernièrement ya une demande de service qui a été faite (...) pis on soupçonnait de la dysphagie. Pis quand je suis arrivée au moment de faire l'évaluation, y avait pas de besoin déterminé. Pour le client y en avait pas de problématique (...) J'ai évalué avec mes collègues (...) pis on a tout simplement fermé le dossier. (Annie, nutritionniste)

De plus, lors des mises en situation soumises aux participantes, les actes qui étaient racontés, expliqués par les répondantes se trouvaient donc à être supposés, imaginés. L'interactivité réelle ne pouvait être présente, car la professionnelle n'étant pas confrontée à la réalité, elle pouvait encore maîtriser la finalité de son acte. Or, « nous ne maîtrisons jamais entièrement la réalité » (Mendel, 2004, p.387). Par conséquent, la portée de l'analyse des mises en situation permettant à la chercheuse de les concevoir comme des actes est restreinte.

Durant la période de préparation, de réflexion et de tentative d'objectivation du réel, le professionnel se retrouve dans le pré acte (premier temps de l'acte). « L'action est identifiée au pré-acte, elle est pensée comme la part intentionnelle et normée nécessaire à l'acte » (Libois, 2011, p.153). Les réponses aux mises en situation utilisées lors des entrevues mettent en lumière la part d'intentionnalité des professionnelles, leur désir d'engagement dans l'acte. Elles ont toutes expliqué comment se déroulerait telle ou telle action, quels seraient leur agir. Leur interactivité était supposée et non encore soumise à la réalité du social et des composantes naturelles.

La tentative préalable d'objectivation du réel est, dans le contexte interdisciplinaire du soutien à domicile, omniprésent. Toutes les discussions préalables à un PII ainsi que la préparation d'une intervention en utilisant une communication directe (formelle ou non) ou indirecte (lecture de notes évolutives à l'ordinateur) relèvent de ce temps de l'acte. En ce sens, Libois (2011) affirme que « les professionnels du travail social se trouvent fortement engagés dans la préparation de l'acte ainsi que dans son évaluation » (Libois, 2011, p.156). Notre recherche le confirme. Autant chez les TS que chez les autres professionnelles, les exemples de cet engagement préparatoire à l'acte sont présents dans les entrevues de manière considérable.

Le temps du post acte occupe également une place importante dans le quotidien interdisciplinaire. Les données analysées nous démontrent leur présence lorsque des exemples de pratiques interprofessionnelles sont racontées par les participantes en accordant un temps et une importance aux retours sur les interventions qui se sont déroulées.

À la lumière de notre analyse, les entrevues réalisées dans le cadre de ce projet se situent soit au premier ou au dernier temps de l'acte. Lorsqu'il était question des exemples antérieurs de pratiques professionnelles, les participantes se trouvaient alors dans des post actes. Les prévisions, l'anticipation de leur agir en regard des mises en situations interprofessionnelles soumises relèvent du premier temps de l'acte. L'acte comme tel, avec la réflexivité et le vouloir de création de la chercheuse et de l'interviewée, se déroulait lorsque l'entrevue avait lieu. À ce moment-là, nous étions donc confrontées à l'objectivation du réel (Mendel, 2004) et ne maîtrisions pas le discours des répondantes. Nous avons toutefois utilisé notre métier nous permettant de nous réajuster à chaque entrevue. Les réels étant différents, notre métier double (professionnelle et de chercheuse) s'entrecroisaient. Par exemple, nous devions parfois jouer de stratégie afin de recadrer la participante vers les pratiques interprofessionnelles. À d'autres moments, notre métier a orienté nos questions, car

notre connaissance de ces pratiques et du contexte nous a permis de saisir des opportunités pour approfondir le sujet ou demander de l'explicitier.

5.2.2 La métis et l'actepouvoir des travailleuses sociales et des autres professionnelles

Comme nous l'avons exposé dans le second chapitre de ce mémoire, la métis consiste en un type d'intelligence engagée dans la pratique (un radar, un sixième sens) qui offre la possibilité de jouer de stratégie. La métis relève de l'aspect personnel du sujet. Une travailleuse sociale ou une autre professionnelle n'utilisera pas sa métis de manière identique à une autre dans des cas similaires. La diversité des résultats de cette étude en fait foi. Telle est la beauté et la pertinence de la différence au sein d'une profession. Chaque participante utilise sa métis, teintée de ses expériences personnelles, professionnelles et de sa formation académique, à divers degrés. Celle-ci transparait particulièrement à travers les réponses aux mises en situation ainsi qu'à la manière dont les exemples de pratique sont commentés. Les exigences ministérielles et le type de gestion LEAN cherchent à réduire au maximum l'impact de la métis des professionnels afin d'obtenir des travailleurs sociaux, entre autres, standardisés. À trop vouloir formater les travailleuses sociales, un danger de décuplement de la souffrance reliée au travail est à envisager. Heureusement, la réflexivité permet à cette métis de s'actualiser lorsqu'il est question des pratiques interprofessionnelles.

Quand la métis du professionnel est davantage utilisée, l'actepouvoir se voit augmenté. Comme le souligne Desssureault (2010) dans son étude, « la métis alimente autant l'argumentaire que les actions » (p.183). L'extrait suivant démontre comment une ergothérapeute utilise sa métis dans la manière de négocier afin qu'une professionnelle revienne dans un dossier où la famille ne voulait plus voir d'autres intervenants, et accroît ainsi son actepouvoir.

Je leur annonce moi j'ai confiance à mon intervenante pis je vous l'envoie, j'ai pas aucun doute là, pis ensemble on va retravailler quelque chose pis quand je r'viens la fois d'après je m'assure qu'ils sont satisfaits (...) Bon je vous l'avais dit, je savais que vous pouviez lui faire confiance. Je renforcis mon affaire (...) En fait moi je précise les rôles quand j'ai un obstacle (...) je vais dire cé la bonne personne qui peut vous aider sur ces choses. On va y faire confiance par rapport à ça pis si ya un problème je serai là, je vous aiderai. (Brigitte, ergothérapeute)

Reprenons une citation précédente qui démontre comment la métis s'actualise afin que la travailleuse sociale reste impliquée dans un dossier.

J'amènerais mes arguments à la TS pour : est-ce qu'on peut se donner un certain délai ? Est-ce que tu peux rester le temps que j'essaye de mettre en place certaines choses ? Pis on réévalue un peu plus tard ? Est-ce que tu peux le laisser ouvert (dossier), je te demande pas d'intervenir. Pis après mes interventions on regarde ça. (Katherine, physiothérapeute)

Lorsque la métis est planificatrice de paroles et de comportements (Dessureault, 2010), l'univers des possibles est alors à portée de main pour les sujets en contexte interdisciplinaire comme celui du soutien à domicile. La majorité des professionnelles ont partagé comment leur métis aurait été utilisée suite aux mises en situation ou l'a été dans des cas relevant d'expériences passées. La conscience de celle-ci est partagée par la majorité des travailleuses sociales et autres professionnelles.

Toutefois, les résultats ne nous permettent pas de statuer sur l'utilisation accrue de cette métis, de ce sixième sens, quand une travailleuse sociale occupe un rôle de coordination. Pourtant, elle y est, comme si la métis variait d'intensité en fonction de la logique de collaboration versus celle de coordination. La façon d'interpréter et de concevoir la métis par la travailleuse sociale serait-elle associée à sa propre formation professionnelle, donc « allant de soi » et ne méritant pas de partager son influence avec la chercheure ? Nous pensons que non; compte tenu que la métis est personnelle au sujet et ne dépend pas de la profession occupée. La crainte de confirmer l'utilisation de sa métis afin d'augmenter son actepouvoir rejoint, selon nous, deux enjeux: admettre

qu'elle a davantage de pouvoir que les autres dans la logique de coordination de par son rôle de pilier et reconnaître la possibilité d'utiliser son sixième sens afin d'apporter sa propre couleur à l'intérieur d'une logique de coordination exigée et balisée, risquant ainsi d'ébranler la structure organisationnelle et de peut-être devoir vivre avec un actepouvoir diminué à d'autres niveaux.

Chez les professionnelles rencontrées œuvrant au soutien à domicile, la vision où tout est possible, et que pour arriver à ses fins, elles utiliseront telles paroles ou agiront de cette façon, est commune. Toutefois, dès que le sujet s'engage dans une interaction avec un ou d'autres professionnels, le changement qui s'opère donne lieu à des pratiques interprofessionnelles qui ne sont pas prévues à l'avance, qui sont risquées. La variabilité de l'intensité de l'actepouvoir est alors changeante. Le sujet doit s'ajuster dans cette réalité différente de son appréhension initiale. Il devient ainsi soumis régulièrement à une insécurité et à des zones grises quant à la pratique. Parallèlement, dans le cadre des pratiques interprofessionnelles, le sujet doit alors être flexible en acceptant les empiètements sur son territoire disciplinaire. Ces envahissements dans leur champ de compétences sont majoritairement rapportés par les travailleuses sociales. L'exemple qui suit démontre une diminution de l'actepouvoir de la travailleuse sociale:

Les infirmières faisaient pas beaucoup de demandes TS, géraient les situations (rencontres de famille, mari, etc.) donc faisaient notre rôle. L'infirmière cé plus santé physique. Rassurer oui et infos mais par rapport aux soins. (Caroline, TS)

De plus, l'actepouvoir des professionnelles est ébranlé lors des rencontres de PII puisque, selon le déroulement de ces rencontres, tel qu'expliqué par un bon nombre de participantes, elles ont très peu d'emprise sur le déroulement de ces rencontres de par le fait qu'une personne externe au dossier coordonne la rencontre. Étonnamment, seules les professionnelles de l'autre groupe nous en ont fait part. Aucune travailleuse sociale, qui, dans ce contexte, pourrait augmenter significativement son actepouvoir de par son

rôle de coordination ainsi que des valeurs et présupposés de la profession, comme nous en avons discuté précédemment, n'a émis d'insatisfactions, de verbalisations de perte de pouvoir. Leur actepouvoir pourrait potentiellement être augmenté en utilisant davantage leur métier dans ce contexte. Le pouvoir et une certaine autorité, que leur confère le rôle de s'assurer de la collaboration de tous, pourrait s'articuler en propositions de modification de ce fonctionnement organisationnel.

Dans la prochaine et dernière section de ce chapitre, l'analyse et la discussion des résultats des pratiques interprofessionnelles se présenteront sous l'angle des interactions quotidiennes.

5.3 Les pratiques comme interactions quotidiennes

5.3.1 Selon la perspective de l'analyse dramaturgique

L'étude microsociologique des interactions quotidiennes est indiquée pour poursuivre cette analyse des résultats. Goffman, s'étant inspiré de traditions diverses, sociologie, psychologie, économie et philosophie (Nizet et Rigaux, 2005), offre à travers ses diverses métaphores un angle d'analyse intéressant en ce qui a trait aux pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile en contexte de CSSS. Nous utiliserons principalement la métaphore théâtrale, compte tenu du nombre significatifs d'acteurs en présence et des multiples scénarios et mises en scène nommées par les professionnelles au chapitre précédent. Par la suite, les idées de Crozier et Friedberg (1977), à propos de l'acteur organisationnel et sa capacité stratégique viendront bonifier cette dernière section du chapitre, en abordant le pouvoir que l'acteur peut déployer à l'intérieur de l'organisation.

En regard de l'analyse dramaturgique de Goffman (1973), les interactions sont décrites comme des représentations théâtrales. Nous considérerons que plusieurs

représentations se déroulent dans le quotidien au soutien à domicile. Formelles comme lors d'une réunion pour un PII, contact téléphonique entre intervenants, et informelles, par exemple, lors d'interactions non prévues ayant lieu dans les bureaux, les corridors. Les actrices en présence, dans le cas qui nous occupe, les professionnelles interrogées, tentent de contrôler les impressions du public par différents éléments: le décor, les masques et les rôles joués. Cependant, le regard qui doit y être porté n'a malheureusement pu être suffisamment pris en compte pour l'analyser dans le cadre de cette recherche. Les seuls éléments de l'environnement qui ont été mentionnés sont : le CLSC, les corridors, les bureaux et la salle de réunion, sans autres détails ni explications. Devant se produire dans différents endroits, plus souvent à l'extérieur du CLSC, ces interactions « face à face », relèvent souvent de représentation d'improvisation. Les éléments scéniques ne sont pas connus (domicile) ou du moins peuvent varier à l'insu du professionnel, le scénario plus ou moins balisé (interférence de l'acteur concerné par l'interaction) comme lors d'une joute d'improvisation.

La différence notée au chapitre précédent en regard de la conception de la pratique professionnelle entre les travailleuses sociales et les autres professionnelles nous confirme les dissonances qui peuvent être présentes en ce qui a trait aux scénarios. La haute probabilité de « fausse note » est quotidienne par le fait que la réalité des interactions ne s'articule pas de manière commune entre les groupes de participantes. L'insécurité liée à la pratique professionnelle en travail social affecte l'actrice TS dans sa capacité à se « mettre en scène » à travers tous les scénarios prévus ou improvisés. De plus, nos résultats démontrent que la lecture du scénario global concernant l'interdisciplinarité se veut plus large et nuancée chez les non TS. Malheureusement, présentement, la formation universitaire en travail social n'outille pas suffisamment ses acteurs en termes de pratiques interprofessionnelles. Paradoxalement, le metteur en scène du scénario souhaité par l'employeur se trouve à être l'intervenant pivot qui est, nous le rappelons, la travailleuse sociale.

Ce paradoxe nous mène à aborder les rôles que doivent endosser les différents professionnels au SAD. La pratique des travailleuses sociales correspond à plusieurs de ceux-ci étant d'ailleurs interreliés au cours la même mise en scène. Concernant le rôle de pivot, au premier plan des pratiques quotidiennes, il est établi comme étant connu et accepté de toutes les actrices en présence. L'animation de la rencontre de PII constitue supposément un des rôles joués par la travailleuse sociale. Son degré d'autonomie durant les interactions serait en augmentation. Cependant, la réalité quotidienne des répondantes est tout autre.

En plus de ne pas endosser ce rôle, elles ne requestionnent pas cette mise en scène. Peur de perdre la face, comme le dirait Goffman, devant son public en autorité que sont les supérieurs immédiats ? Tant qu'à nous, elles la perdent tant au niveau de l'organisation qu'au niveau du public composé des autres professionnelles, leurs partenaires de représentation. Notons que ces dernières questionnent cette mise en scène qui sonne faux, ce qui confirme une meilleure compréhension et utilisation de la connaissance théorique et pratique en interdisciplinarité. Avant de discuter du concept de masque servant aux mises en scène au soutien à domicile, nous désirons souligner l'incohérence relative à la reconnaissance de la pertinence de la participation de l'utilisateur à son propre plan d'intervention interdisciplinaire chez la plupart des professionnelles interviewées, et le fait de ne pas négocier avec le directeur de production afin que le sens clinique émerge. À la base, toute cette entreprise théâtrale qu'est l'interdisciplinarité a pour objectif d'inclure les professionnelles et les acteurs pour qui cette logique d'intervention est mise en place afin de tous jouer selon un sens commun. Si, à la base, la mise en scène ne respecte pas le scénario, comme cela est le cas ici, ne soyons pas surpris des nombreuses fausses notes subséquentes.

Les masques que portent les actrices de la présente étude les aident à ne pas perdre la face, tant au niveau personnel que professionnel. Ils sont diversifiés et nombreux. Les exemples d'interactions contenus dans le chapitre quatre démontrent tous les

changements possibles. Quant à elles, les pratiques organisationnelles, qui occupent une place importante dans la quotidienneté étudiée, sont abordées par la majorité des professionnelles en utilisant un masque de contestation, de souffrance et de conformisme, car, malgré la pression vécue au quotidien visant l'atteinte des objectifs, la majorité des professionnelles tentent de se conformer le plus possible à ce qu'elles trouvent inatteignable et cliniquement réducteur.

Comme il a été démontré précédemment, les travailleuses sociales, en majorité, s'expriment à propos d'une certaine difficulté à collaborer avec les infirmières en contexte de travail interdisciplinaire. Il leur est reproché d'utiliser le masque de travailleuse sociale ou encore celui d'actrice ayant de la difficulté à interagir lorsque le scénario impose une zone commune. Pour ce qui est des professionnelles de la réadaptation, la reconnaissance de leur masque d'actrices interprofessionnelles, engagées et solidaires fait consensus.

En terminant avec cette lunette d'analyse du contenu de nos entrevues, nous manifestons l'une de nos craintes. Dans leur étude datant de quelques années et qui présente des témoignages d'intervenants en CLSC, Angeli et coll. (2006) soulignent que les TS représentent la normalisation malgré leur auto-définition de marginaux. En se conformant grandement aux normes de la société, il leur est reproché de ne pas opter pour des modèles alternatifs et d'adapter leurs interventions autrement. Avec cette recherche, nous constatons que la situation est la même, les reproches en moins. Le désir élevé de ne pas perdre la face semble limiter les travailleuses sociales quant au renouvellement des pratiques, autant interprofessionnelle que disciplinaire. Ce conformisme nous fait craindre les effets pervers de la logique de professionnalisation.

5.3.2 Les acteurs et leurs stratégies

Certaines règles régissent les interactions, formelles ou non. Les professionnelles de l'équipe au soutien à domicile nous ont entretenu sur quelques-unes auxquelles elles sont confrontées et avec lesquelles elles rusent quotidiennement. Par exemple, les exigences ministérielles et celles des Ordres professionnels de même que la gestion de type LEAN sont des règles formelles et institutionnalisées qui demandent un réajustement quotidien des interactions. La pression découlant de ces règles organisationnelles, vécue par toutes les professionnelles, affecte leurs interactions interprofessionnelles. L'énergie que doivent déployer les participantes pour maintenir constamment leur marge de manœuvre dans ce contexte entretient un sentiment de souffrance et une diminution de la portée de leur pouvoir.

Pour l'acteur, selon Crozier et Friedberg (1977) les règles contournées sous-tendent une forme d'organisation informelle. Nos résultats nous le confirment. Malgré la diminution des pratiques informelles, les professionnelles autres que les travailleuses sociales reconnaissent leur pertinence au niveau clinique et leur marge de manœuvre potentielle. À travers les exemples soulevés lors de la présentation des résultats, l'aspect imprévisible de l'interaction est mis en lumière par le contournement de celles-ci.

En tant qu'acteurs stratégiques, les professionnelles s'adaptent au comportement de leurs collègues. Les exemples, vus précédemment, donnés par Caroline (TS) entre autres, à propos des interactions avec les infirmières, démontrent des tactiques afin de reprendre du pouvoir. À cet effet, la marge de manœuvre des travailleuses sociales est exposée, dans cette recherche, majoritairement en lien avec la profession. Cependant, dans le cadre interdisciplinaire qui nous occupe, elle aurait tout intérêt à être discutée et assumée pleinement par ce groupe de professionnelles.

Les résultats obtenus démontrent que la pratique communicationnelle est en diminution dans le contexte étudié. Le temps limite les occasions. L'affaiblissement en qualité et en nombre des ruses interprofessionnelles, visant à communiquer stratégiquement, est déploré. Par conséquent, le clinique en est affecté. Une piste qui mériterait d'être approfondie concerne l'élaboration de nouvelles stratégies ou des adaptations de celles existantes afin que les travailleuses sociales contribuent à l'augmentation de la pertinence clinique de leurs interactions auprès des usagers. Nous retenons également que l'utilisation du langage dans l'interaction est fortement contextualisé dans le cadre de cette recherche. Les multiples acronymes tout comme les termes spécifiques associés aux pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile en font foi. Nous soulignons également que le langage est quotidiennement détaché de l'interaction « face à face » (Huot, 1991) à travers les conversations téléphoniques, messages sur boîtes vocales, via courriels, notes évolutives et évaluations diverses. Majoritairement en raison du manque de temps et d'occasions, le langage hors interaction face à face est utilisé comme marge de manœuvre par les professionnelles rencontrées.

La réalité du soutien à domicile est une construction puisant ses matériaux dans les interactions. Le pouvoir qui en émane, en termes clairs et précis, est étonnamment occulté dans les entrevues que nous avons réalisées. Est-ce une stratégie de ne pas nommer ce mot? Pourtant, présents dans une variété de stratégies, les jeux de pouvoir existent quotidiennement dans l'organisation; autant à un niveau individuel que collectif. La connotation négative associée à la symbolique du pouvoir est, selon nous, une explication fort plausible. Cette symbolisation serait-elle institutionnalisée? Nous croyons que oui.

Nous terminons cette dernière section d'analyse et de discussion avec cet ultime questionnement auquel des pistes de réponses sont proposées. Pourquoi donc les travailleuses sociales ne rusent pas davantage, n'interagissent pas plus souvent de manière stratégique afin d'en arriver à ce que ces interactions leurs soient favorables

quand les règles et normes ne leur conviennent pas? Comme metteur en scène du scénario général au sein d'une équipe interdisciplinaire, le pouvoir que leur confère le rôle de pivot n'est pas celui souhaité et est perçu comme une surcharge (pouvoir que l'organisation a sur elles), à défaut d'être un compagnon de ruse, de stratégie afin de modifier l'organisation ainsi que leur réalité quotidienne. De plus, la difficulté de théorisation de leur pratique professionnelle (Couturier et Huot, 2003) contribue à les insécuriser et à utiliser le rôle de chef d'orchestre (rôle de pivot) les mettant stratégiquement à l'abri de certains questionnements et incertitudes lorsqu'elles interagissent dans un contexte où les zones grises sont nombreuses. Ce rôle de coordination occulte celui qui se veut disciplinaire et duquel les travailleuses sociales se réclament haut et fort.

5.4 Les limites et la pertinence de l'étude

Tout d'abord, la question de la représentativité restreinte des données doit être prise en considération. La représentativité de notre échantillon étant limitée en nombre, il tient compte à la fois d'un contexte spécifique et d'un moment donné. Les multiples réalités au soutien à domicile à travers le Québec ainsi que les particularités et nombreuses variantes des pratiques interprofessionnelles ne peuvent être transposées intégralement. De plus, le portrait actuel du réseau de la santé et des services sociaux québécois (réforme Barette) étant en pleine actualisation au moment du dépôt de ce mémoire, nous ne pouvons prévoir comment et jusqu'à quel point les impacts de cette réforme majeure transformeront les pratiques interprofessionnelles.

De plus, le possible biais de désidérabilité sociale de la part des participantes, qui a eu une incidence sur la validité interne de la recherche, est une limite que nous n'avons pu contrer. Comme le chercheur ne contrôle pas la manière dont les membres d'une équipe

choisissent de se « mettre en scène » (Goffman, 1973), nous ne pouvions contrôler l'issue des entrevues. Notre posture comme chercheure n'allait point en ce sens, de toute manière. Les discours ont pu être différents de la réalité quotidienne des professionnels. Cependant, notre familiarité avec l'organisation, les pratiques interprofessionnelles et organisationnelles compensent en partie ce biais (Giordano, 2003). Une recherche utilisant une méthodologie d'observation directe pourrait en ce sens diminuer le biais de désidérabilité sociale. Certes, il serait présent au début de la période d'observation, mais s'atténuerait graduellement.

En soi, la subjectivité et l'expérience de la chercheure peuvent à la fois être considérées comme une limite tout comme un atout dans le cadre d'une recherche qualitative de type exploratoire. Notre bagage expérientiel nous a permis de saisir le langage spécifique utilisé au soutien à domicile, ce qui fut aidant au niveau du déroulement des entrevues, de la compréhension du matériau et de son analyse.

Malgré les limites de l'étude, nous croyons que ce mémoire présente un angle différent et pertinent en regard des pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile. Cette perspective réside dans la diversité des thèmes émergents (pratiques et discours concernant les pratiques interprofessionnelles et organisationnelles, les relations et la communication. De plus, aborder nos questions de recherche à l'aide d'entrevues auprès des professionnelles de deux groupes différents (travailleuses sociales et autres professionnelles) met en lumière les différences et similarités quant au sujet à l'étude et permet une analyse davantage interdisciplinaire.

Selon la perspective développée par Couturier et Huot (2003), ce mémoire permet un début de théorisation de la pratique interprofessionnelle des travailleurs sociaux à travers le discours sur leurs pratiques dans un contexte situé comme étant une forme de

théorisation de celle-ci. Ce mémoire s'inscrit donc comme une contribution à cette théorisation.

CONCLUSION

Notre étude visait à dégager une meilleure compréhension des pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile en contexte de CSSS. Les neuf professionnelles interviewées, séparées en deux groupes (travailleuses sociales et autres professionnelles), ont généreusement accepté d'empiéter sur leur temps personnel, si précieux dans le contexte de performance présent dans leur établissement.

Cette recherche a permis de constater que, malgré la bonne volonté des acteurs impliqués dans les pratiques interprofessionnelles au soutien à domicile, l'interdisciplinarité demeure une norme prescrite protéiforme, non standardisée et difficile à appliquer efficacement dans le contexte social actuel. La disparité des conceptions, selon le milieu professionnel dans lequel l'intervenant œuvre, les exigences et pratiques organisationnelles toujours plus lourdes de même que les relations et la communication entre toutes les parties concernées rendent l'interdisciplinarité fuyante, coincée entre la logique managériale et la logique de collaboration. Une interdisciplinarité à la recherche d'elle-même. Le discours des travailleuses démontre à la fois une souffrance, mais aussi une réticence évidente à critiquer constructivement les assises des pratiques interprofessionnelles, critique qui orienterait certainement vers des pistes de solution pouvant améliorer ces dites pratiques.

À cet effet, nous trouvons regrettable que les travailleuses sociales furent difficiles à recruter. Pourtant, la recherche et notre expérience personnelle démontrent qu'elles n'hésitent habituellement pas à exprimer leurs doléances, leur souffrance

professionnelle. Puisque celles qui ont reçu l'invitation de participation à la recherche, ainsi que les rappels subséquents, exercent dans le même milieu que les professionnelles ayant répondu positivement, puisqu'elles partagent le même quotidien interdisciplinaire, nous émettons ces hypothèses : le sujet de la recherche était-il trop confrontant? L'interdisciplinarité serait-elle associée si fortement à la pratique unique de la coordination selon la vision managériale, perçue comme une double tâche par la travailleuse sociale, donc un empêqueur de pratique disciplinaire?

Nos résultats nous mènent à penser que cette intériorisation du discours dominant et l'utilisation du langage bureaucratisé est fort probable. Le pouvoir SUR leurs actes, celui DES multiples actes, les stratégies pour ruser avec la structure organisationnelle ne sont pas exploités suffisamment par les travailleuses sociales. Pourtant, les marges de manœuvre (Crozier et Friedberg, 1977) dont dispose l'acteur (TS) permettent des égards pour (re)construire une réalité sociale empreinte de pratiques co-construites en interaction avec les autres professionnels de leur équipe.

Cette recherche ne nous a pas permis de mettre en lumière de quelle manière les travailleuses sociales utilisent leur marge de manœuvre en contexte interdisciplinaire. Nous avons eu cependant accès à ce matériau via les entrevues avec les autres professionnelles, grâce à la générosité des exemples de pratiques interdisciplinaires qu'elles nous ont partagés. Toutefois, cela ne nous permet pas de conclure que les marges de manœuvres n'existent pas ou ne sont pas utilisées par les TS. Peut-être sont-elles invisibles à l'œil nu ou, dans notre cas, à micro nu? Une recherche s'appuyant sur une méthode d'observation, comme outil de cueillette de données, aurait pu nous donner accès à ces informations. Toutefois, les CSSS contactés ayant répondu négativement à notre demande de recherche basée sur une observation des processus, n'impliquant aucun coût supplémentaire pas plus que de réaménagement de l'horaire de travail des professionnels, ne nous a pas permis d'observer directement les pratiques interprofessionnelles.

Les années d'expérience comme professionnelle d'une équipe au soutien à domicile, la formation académique, la capacité à verbaliser la théorisation de la pratique, l'ouverture aux autres et aux zones grises des participantes ont ajouté un niveau de compréhension supplémentaire aux pratiques interprofessionnelles. Les résultats ont également permis de dépasser le discours de la plainte et de la souffrance présents habituellement lorsque les professionnelles sont interrogées à propos de l'interdisciplinarité. Néanmoins, il a toutefois été exposé en lien avec les pratiques organisationnelles.

Enfin, les résultats obtenus nous permettent de conclure que les pratiques interprofessionnelles peuvent être perçues comme une brèche dans le confort de l'intervenant qui se confine uniquement à sa pratique disciplinaire, augmentant ainsi le poids du discours de professionnalisation. Ce discours nous est apparu de manière voilée, majoritairement lors des rencontres avec les travailleuses sociales. Leur difficulté à théoriser leur pratique pourrait-elle leur faire craindre les interactions quotidiennes risquées inhérentes à l'interprofessionnalité avec les confrères? Collègues qui eux sont davantage à l'aise avec l'imprévisible et maîtrisent mieux les théories et modèles sous-jacents à leur profession. Le travail social doit s'ouvrir davantage à autrui, à l'incertitude, à une certaine forme d'audace qu'impliquent les pratiques interprofessionnelles.

Cette aventure que représente ce mémoire en travail social, construit à travers les choix risqués, les terrains inconnus, les chemins de traverse, se confrontera maintenant à la réalité d'autrui.

APPENDICE A

Pratiques interprofessionnelles au quotidien dans un service de soutien à domicile en CSSS

Votre participation à une recherche universitaire est souhaitée

Vous êtes invité(e)s à prendre part à ce **projet visant à comprendre le quotidien et les pratiques d'interventions interprofessionnelles des intervenants** (Travailleur social, ARH, ergothérapeute, physiothérapeute, technicien en réadaptation physique, infirmière, inhalothérapeute, nutritionniste, médecin) **œuvrant au soutien à domicile d'un CSSS**. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en travail social sous la direction de François Huot, professeur à l'École de Travail Social de l'Université du Québec à Montréal.

PROCÉDURE(S)

Il vous est demandé de participer à une entrevue individuelle, enregistrée sur support audio, d'une durée d'environ 1 heure. Il vous sera demandé de réagir et commenter certaines mises en situation sur les pratiques quotidiennes, la participation aux plans d'intervention et, également, sur les rapports entre professionnels. **Vous n'avez pas besoin de vous préparer ou de faire un travail préalable pour cette entrevue.** Le moment et l'endroit de l'entrevue seront fixés, à votre convenance, en mars-avril 2014. Je sais comment votre temps personnel est précieux, je vous remercie d'avance de votre collaboration.

Pour être sélectionnée, la personne intéressée doit répondre aux **conditions suivantes** :

- Travailler au soutien à domicile
 - Être un intervenant psychosocial (ARH, travailleur social)
- OU**
- Tout autre intervenant du programme (ergothérapeute, physiothérapeute, technicien en réadaptation physique, infirmière, inhalothérapeute, nutritionniste, médecin)

AVANTAGES et RISQUES

En partageant votre expérience, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en participant à une recherche universitaire. De façon plus spécifique, vous participerez au développement des connaissances reliées aux pratiques interprofessionnelles. Il n'y aura aucun risque encouru par votre participation à la recherche.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors des entrevues, la transcription et l'analyse de ceux-ci demeureront confidentiels et que seule la responsable du projet et son directeur de recherche, François Huot, y auront accès. Nous vous assurons qu'aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Pour préserver votre anonymat, un pseudonyme vous sera attribué et certaines informations permettant d'identifier les participants pourraient être modifiées ou omises. De plus, le nom du CSSS auquel vous êtes rattachés ne sera pas mentionné. De cette façon, **aucune donnée ne permettra de vous identifier.**

COMMENT PARTICIPER ?

Votre participation à ce projet est **volontaire**. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Aucune rémunération ne vous sera offerte.

Veuillez m'aviser de votre désir de participer à cette étude via **téléphone** : 514-265-7367 (Vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale en fournissant un numéro de téléphone pour vous rejoindre) ou **par courriel** : marylene.poudrier@sympatico.ca, **d'ici le 18 mars 2014**.

Si vous souhaitez poser des questions sur ce projet, vous pouvez me contacter. Il est important de savoir que le fait de me contacter ne vous engage pas à participer à l'étude.

APPENDICE B



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (sujet majeur)

Titre du projet:
Pratiques interprofessionnelles au quotidien
dans un service de soutien à domicile en CSSS

IDENTIFICATION

Étudiante-chercheure responsable du projet : Marylène Poudrier
Programme d'enseignement : Maîtrise en Travail Social (3763)
Adresse courriel : poudrier.marylène@courrier.uqam.ca
Téléphone : 514-265-7367

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à comprendre le quotidien et les pratiques d'interventions interprofessionnelles des intervenants œuvrant au soutien à domicile d'un CSSS. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en travail social sous la direction de François Huot, professeur à l'École de Travail Social de l'Université du Québec à Montréal. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 2636 ou par courriel à l'adresse : huot.françois@uqam.ca

PROCÉDURE(S)

Votre participation est souhaitée pour un entretien individuel d'une durée approximative d'une heure au cours duquel vous serez invité à réagir et commenter certaines mises en situation portant sur les pratiques quotidiennes, la participation aux plans d'intervention et, également, sur les rapports entre professionnels. Cet entretien sera enregistré avec votre permission. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec la responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

AVANTAGES et RISQUES

Par votre savoir d'expérience, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en participant à une recherche universitaire. De façon plus spécifique, vous participerez au développement des connaissances

reliées aux pratiques interprofessionnelles.

Il n'y aura aucun risque encouru par votre participation à la recherche. Cette recherche n'est pas commanditée ou placée sous l'autorité de votre employeur.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'enregistrement, la transcription et l'analyse de ceux-ci demeureront confidentiels et que seule la responsable du projet et son directeur de recherche, François Huot, y auront accès. L'ensemble de ces documents seront conservés séparément sous clé pour la durée du projet. Un an après les dernières publications, le matériel de recherche sera détruit. Nous vous assurons qu'aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Pour préserver votre anonymat, un pseudonyme vous sera attribué et certaines informations permettant d'identifier les participants pourraient être modifiées ou omises. De plus, le nom du CSSS auquel vous êtes rattachés ne sera pas mentionné. De cette façon, aucune donnée ne permettra de vous identifier.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits et vous devez communiquer avec la responsable du projet, au 450-464-7367, pour l'en aviser. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

Les résultats de cette recherche seront accessibles via le mémoire de l'étudiante-chercheuse sur le site web www.archipel.ca au moment de son dépôt (prévu pour l'automne 2014). Vous pourrez ainsi avoir accès aux résultats de recherche si vous le souhaitez.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte bénévolement car aucune rémunération financière n'est prévue.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter la responsable du projet au numéro 450-464-7367 pour des questions additionnelles sur la recherche. Vous pouvez également discuter avec son directeur des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toutes questions ne pouvant être adressées au directeur de recherche ou pour formuler

une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter Anick Bergeron au 514-987-3000 poste 3642.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons, à l'avance, à vous en remercier.

SIGNATURES :

Je, _____ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Signature de la responsable du projet :

Date :

Veillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à l'interviewer.

APPENDICE C

Mises en situation

Mise en situation 1

Une dame de 78 ans vivant seule est suivie au soutien à domicile du CLSC, depuis peu, par une travailleuse sociale. La demande d'aide a été adressée suite à une chute qui a amené sa fille aînée à constater le degré de perte d'autonomie de sa mère et une perte de poids significative. La fille de madame demande à ce que sa mère reçoive des services car elle travaille beaucoup et n'est pas en mesure de la surveiller. Elle mentionne également à la travailleuse sociale, au fil des contacts, que si sa mère chute à nouveau le CLSC en sera responsable. La travailleuse sociale est plus ou moins bien accueillie par la dame âgée lors de sa première rencontre. Elle dit ne pas avoir besoin d'aide, que sa fille utilise le CLSC pour ne pas s'occuper d'elle lorsqu'elle lui demande de faire des petites courses, qu'elle ne veut pas se faire placer et ne veut pas que des gens viennent voir comment elle fait son ménage. Une référence a été faite en réadaptation pour évaluer les risques de chute, lors de la réception de la demande de services.

La travailleuse sociale entreprend un suivi avec la famille, davantage avec la fille car la dame collabore très peu. Lorsque l'intervenante en réadaptation vient pour la première visite à domicile, la dame de 78 ans collabore, est souriante et accepte de la revoir pour des modifications de son environnement qui pourraient l'aider à demeurer à domicile le plus en sécurité possible. Elle adopte le même discours qu'avec la travailleuse sociale; soit qu'elle n'a pas besoin d'aide pour faire ses petites courses car sa fille peut les faire, elle lui doit bien cela avec tout ce qu'elle a fait pour elle à travers les années, et qu'elle utilise le CLSC pour se dérober de ses responsabilités et qu'elle

ne veut pas de gens qui viennent faire son ménage. La travailleuse sociale échange ces informations avec l'intervenante en réadaptation, en vitesse dans le corridor car elles ont des horaires chargés qui ne leur permettent pas de se voir régulièrement. Lorsque la travailleuse sociale soulève la possibilité de se retirer du dossier, cela fait réagir l'autre intervenante. Quelques jours plus tard, la cheffe de service vous interpelle en vous rappelant votre rôle de pivot dans ce dossier.

Mise en situation 2

Une travailleuse sociale est assignée au dossier d'un homme de 72 ans présentant des diagnostics de diabète de type II (avec des plaies associées), de démence modérée et d'arthrite rhumatoïde, suite à une référence de l'infirmière au dossier. Sa femme de 69 ans pleure, lorsqu'elle va reconduire l'infirmière à la porte pour ne pas que son mari la voie, à chaque fois que l'infirmière vient pour les soins de plaies. Elle lui dit qu'elle ne dort plus, qu'elle ne peut plus sortir seule et le laisser sans surveillance, qu'elle retrouve de la nourriture un peu partout. Sa femme fait promettre à l'infirmière de ne pas en parler. Dans la référence pour un suivi psychosocial fait par l'intervenante-pivot (l'infirmière), il est mentionné que la conjointe est épuisée, aurait besoin de répit et besoin d'un suivi p/r à l'acceptation de la condition de son mari.

La travailleuse sociale consulte l'OEMC qui a été complété plusieurs mois auparavant et où rien n'est spécifié concernant les aidants naturels, le réseau social. Elle tente de rejoindre l'infirmière à plusieurs reprises pour obtenir un portrait actuel de l'état de la situation; la référence datant de quelques mois. Ayant un délai de prise en charge à respecter, la travailleuse sociale contacte donc la femme de monsieur pour fixer une rencontre. Celle-ci dit ne pas avoir besoin d'une travailleuse sociale, que son conjoint non plus et que l'infirmière les visite régulièrement. Elle accepte finalement une rencontre. Une brève discussion a lieu avec l'infirmière dans un corridor qui lui fait part de la situation et de son inquiétude. Elle mentionne à la travailleuse sociale qu'il va

falloir faire quelque chose, mettre des services en place car la dame est épuisée mais ne veut pas l'avouer. Lors de la première visite à domicile, les besoins sont évalués et la dame ne fait pas mention de l'épuisement, des pleurs, d'un besoin de répit et de besoin de suivi psychosocial. Elle trouve difficile de faire confiance aux gens. Une semaine après, l'infirmière entre en vitesse dans votre bureau et vous demande ce que vous avez dit à la femme de monsieur car elle lui a dit ne plus lui faire confiance. La travailleuse sociale tente de lui expliquer la situation à domicile versus la demande de service et propose des alternatives pour que la dame et son conjoint acceptent une certaine aide. L'infirmière part sans laisser la travailleuse sociale terminer et ne la salue pas.

Mise en situation 3

Une dame en grande perte d'autonomie, de 83 ans, est suivie au soutien à domicile depuis presque une année. L'infirmière est présente depuis le début. La travailleuse sociale a débuté un suivi suite à une demande pour une relocalisation et une mise en place de services. La dame habite seule mais reçoit des services d'une employée qui est payée par le CES. Sa petite-fille vient passer le week-end avec elle mais commence à s'épuiser. Son fils habite à 4 heures de route. Il est peu présent physiquement mais participe activement avec les intervenants via les entretiens téléphoniques. Lors de sa dernière visite dans la région, il a visité des milieux hébergements privés. Un bail a été signé et sa mère doit déménager à cet endroit sous peu. Il demande à ce que les intervenants discutent avec sa mère pour lui expliquer le déménagement et les bienfaits.

Lors de la dernière visite à domicile, la dame mentionnait à la travailleuse sociale ne plus vouloir déménager, que l'infirmière lui a dit que ce n'était pas une place pour elle, qu'elle méritait mieux comme endroit. Malgré sa condition, aucun régime de protection est ouvert à son nom. La travailleuse sociale demande une rencontre de tous les intervenants impliqués (dans les derniers mois) via un message sur la boîte vocale de chacun. Elle leur propose deux plages horaires dans les jours qui suivent ainsi qu'une

réponse rapide de leur part. L'infirmière l'informe qu'elle ne pourra pas être présente car elle est sur la route toute la journée à compter de 8h00 le matin et qu'elle ne comprend pas pourquoi elle devrait être présente à cette rencontre. Elle visite déjà cette dame quelques fois par semaine. La préposée aux bénéficiaires, qui a un très bon lien avec la dame, confirme sa présence. Elle mentionne avoir négocié avec sa supérieure pour y être, en précisant qu'elle a des choses à nous partager (discours de la dame depuis une semaine) et voudrait savoir comment réagir car ne sait plus quoi lui dire. L'ergothérapeute, qui n'est plus assignée au dossier mais qui connaît bien la dame, confirme sa présence. La nutritionniste, anciennement au dossier, confirme sa présence. Juste avant ladite rencontre multi, la cheffe de services vous dit d'arranger la situation car a parlé avec le fils de la dame qui est très en colère. Le début de la rencontre commence par une explication de la raison de cette rencontre. Puis, la majorité des intervenants expriment de la colère envers l'infirmière, de son discours auprès de la dame et de la petite-fille. Ils questionnent également les services qui pourraient être mis en place, en plus de ceux existants, pour que la dame reste à domicile s'il advenait qu'elle refuse de déménager.

Mise en situation 4

Un couple de personnes âgées, est suivi au soutien à domicile par différents professionnels. La femme est âgée de 77 ans et a des difficultés à la marche et souffre d'emphysème. Son époux, quant à lui, a fait un AVC il y a 6 mois ce qui a entraîné des pertes de mémoire, a altéré son jugement et s'en est suivi une perte d'autonomie au niveau des AVQ. Le couple est marié en deuxième union depuis deux ans. Les enfants de chacun avaient émis des réserves quant à cette union. Vous êtes l'intervenant pivot au dossier et depuis quelques semaines les intervenants au dossier, autant au suivi de madame que de monsieur, vous laissent des messages et viennent vous voir pour vous dire que cela va de moins en moins bien à la maison en soulevant des éléments en lien avec leur champs d'expertise. Le PII (plan d'intervention interdisciplinaire) est prévu,

pour madame dans 3 semaines et pour monsieur dans 1 mois, soit la semaine suivante. Certains des intervenants ont parlé directement, au téléphone ou lors de visite à domicile, à la fille de monsieur. Celle-ci accuse sa conjointe de vouloir son argent et de ne pas bien s'occuper de son père (lui fait seulement des repas légers, ne lave pas ses vêtements car a des odeurs, et s'est acheté de nombreux nouveaux vêtements). Ils ont donc la version de la fille et leurs propres observations à domicile.

D'un autre côté, le fils de la mère vous a téléphoné pour savoir s'il pouvait aller chercher sa mère pour qu'elle habite avec lui. Les raisons évoquées sont : monsieur fume et sa mère a des problèmes aux poumons, il risque de mettre le fume car fume au lit. De plus, sa mère lui dit ne pas recevoir assez d'argent pour faire l'épicerie. Lorsqu'il en a parlé à sa mère, celle-ci a refusé de s'éloigner de son mari (son fils habite à 45 minutes de chez elle) malgré les sous-entendus de sautes d'humeur de plus en plus fréquentes. Le fils demande également comment faire pour que son beau-père soit évalué pour qu'un médecin rédige un papier comme quoi il n'est plus capable de gérer ses affaires. Les enfants respectifs du couple expriment à chaque fois qu'il y a un contact avec un intervenant qu'ils font cela pour le bien de leur parent respectif. La fille de monsieur désire parler aux intervenants pour leur expliquer la « vraie » situation. Il est en congé les vendredis et les plans d'interventions sont planifiés les mercredis en après-midi.

Mise en situation 5

Une dame de 48 ans a été référée au CLSC par le centre hospitalier, suite à une hospitalisation menant à un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Des références ont été adressées pour les services de réadaptation, d'aide au bain, de la nutritionniste, de l'infirmière et pour un suivi psychosocial. Vous êtes conscient que cette maladie dégénérative peut évoluer rapidement et que par le fait même les besoins de l'usagère et de sa famille risquent de se préciser et/ou modifier plus rapidement qu'une révision de PII. Vous êtes l'intervenant-pivot car vous êtes le premier intervenant

à avoir été assigné à ce dossier. Au cours des premières semaines du retour à domicile de madame, vous créer un lien de confiance avec elle. Son mari et elle vous mentionnent souvent avoir trouvé cela difficile à l'hôpital car personne ne se parlait et qu'il fallait répéter tout le temps.

À travers vos interventions, vous observer un certain déni de la situation et des enjeux y étant reliés. Presque qu'aux deux semaines, un nouvel intervenant du soutien à domicile s'intègre à l'équipe. Vous ressentez une certaine pression de vos collègues quant à l'importance d'accepter les services et propositions de modifications dans le quotidien de la famille car présentement ceux-ci refuse la majorité des services. Le mari de madame démontre de plus en plus de colère et d'injustice lors de vos visites. Il est peu réceptif à parler de la situation et de ses besoins et mentionne vouloir tout offrir à sa femme pour qu'elle puisse se reposer. Un matin vous avez un message sur votre boîte vocale du mari de l'usagère vous disant : « la nouvelle (en parlant de la dernière intervenante venue faire une évaluation disciplinaire), nous a dit que ma femme allait mourir, que ça allait se passer vite et qu'il fallait accepter les services sinon elle devrait retourner à l'hôpital pour finir ses jours ». Vous contacter monsieur en lui proposant un plan d'intervention rapidement. Il refuse en disant qu'il va s'occuper seul de sa femme et qu'il ne veut plus voir personne d'autre que vous à domicile. Vous demandez à parler à madame et celle-ci se montre plus ouverte que son mari à un plan d'intervention.

Questions

- Comment allez-vous agir, dans cette situation, envers vos collègues TS ou autres professionnels?
- Quelles seraient vos interventions dans ce dossier, et pourquoi?
- Comment allez-vous expliquer votre plan aux autres professionnels de l'équipe?
- Selon vous, quels éléments ou interventions pourraient poser problème et avec quel groupe de professionnel?
- Avez-vous d'autres exemples de situations similaires ou (légèrement) différentes?
- Les autres membres de votre groupe professionnel agissent-ils de la même manière que vous?

BIBLIOGRAPHIE

Anadòn, M. (2013). « La recherche sociale et l'engagement du chercheur qualitatif: défis du présent », *Recherches qualitatives*, Hors-série (14), 15-28.

Angeli, J., Bernèche, R. et Letendre, R. (2006). « Relations interdisciplinaires et rapports de pouvoir en CLSC: la perspective des psychologues », *Revue québécoise de psychologie*, 27(2), 41-70.

Bagla-Gökalp, L. (1998). *Sociologie des organisations*. Paris: La Découverte.

Barrett J., Curran V., Glynn L. et Godwin, M. (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé: Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Canada: FCRSS. Récupéré de http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_FR_FINAL.PDF

Beaud, S. et Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête terrain*. Paris: La Découverte.

Beaulieu, M. et Giasson, M. (2005). « L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités », *Nouvelles pratiques sociales*, 18 (1), 131-147.

Berger, P et Luckmann, T. (2012). *La construction sociale de la réalité* (3e éd.). Paris: Armand Collin.

Bien-Aimé, P-A et Maheu, L. (1997). « Quand une forme de travail en cache une autre. Le travail social n'est pas taylorisable », *Nouvelles pratiques sociales*, 10 (2), 123-133.

Bolduc, F. (2013). *Impacts de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail*. (Thèse). Montréal: Université de Montréal. Récupéré de Papyrus, l'archive de publications électroniques de l'UDM <https://papyrus.bib.umontreal.ca/1866/10344>

Boisvert, D. (1990). *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agence d'ARC.

Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M. et Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Canada: CRCOR, ARUC-ISDC, GRIR et LAREPPS.

Bourque, D. (1991). « La pratique sociale, 20 ans après », *Nouvelles pratiques sociales*, 4(2), 31-42.

Bourque G. et Vaillancourt, Y. (2012). « Les services à domicile: pour une offre plurielle et solidaire de qualité ». *Note d'intervention de l'IREC*, (22), 1-9. Récupéré de <http://www.irec.net/upload/File/noteinterventionservicesdomicilenovembre12vd.pdf>

Caron-Gaulin, H. (1985). « Une pratique en mutation », *Intervention*, (72), 23-34.

Carrier, S., Dumas-Laverdière, C. et Gagnon, D. (2005). « Menaces et opportunités pour le travail social de l'intégration des services dans le cadre des réformes actuelles : une exploration à partir du dispositif de gestion de cas », *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 183-189.

Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.

Couturier, Y. et Huot, F. (2003). « Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale: explorations conceptuelles et épistémologiques », *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 106-124.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.

D'Agostino, S., Deubel, P., Montoussé, M., Pourcel, P. et Renouar, G. (2003). *Dictionnaire des Auteurs en Sciences économiques et sociales*. Rosny: Bréal Éditions.

De Champlain, Y. (2011). « L'écriture en recherche qualitative: le défi du rapport à l'expérience », *Recherches qualitatives*, Hors-série (11), 51-66.

Desbonnet, T. (2005). « Coopération, interprofessionnalité et management du soigner », Récupéré de www.cadredesante.com/spip/spip.php?article245&lang=fr.

Dessureault, D. (2010). *L'expérience de parents expertisés en matière de garde d'enfant et de droits d'accès*. (Thèse). Montréal: Université de Montréal.

Dufour, M. (2013). *Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du centre jeunesse et des centres de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean œuvrant auprès des jeunes présentant des troubles mentaux*. (Mémoire). Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi, Récupéré de www.centrejeunessedequébec.qc.ca/recherche/RC/Pages/M%c3%a9moires.aspx

Dumont, S. (2011). « Enjeux du suivi interprofessionnel », *Le Médecin du Québec*, 46(2), 24-30.

Dumont-Lemasson, M. (1994). « Des services de soutien à domicile fragiles pour une clientèle vulnérable », *Service social*, 43(1), 47-66.

Dupuis, A. et Farinas, L. (2010). « Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes? », *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 51-65.

Rueff-Escoubès, C. (2008). *La sociopsychanalyse de Gérard Mendel. Autorité, pouvoirs et démocratie dans le travail*. Paris: La Découverte.

Fontaine, F. (2007). *L'action*. Paris: Ellipses Édition.

Fortin, B. (2000). « L'interdisciplinarité: rêves et réalités », *Psychologie Québec*, 17(3), 39-40.

Fourez, G. (2001). « Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité », *Recherches en soins infirmiers*, (66), 16-22.

Freidin, B., Di Virgilio, M.M. et Guillermina d'Onofrio, M. (2012). « Défis que présente le processus d'analyse des données dans la recherche qualitative: réflexions nées de la recherche pratiquée en différents contextes de travail », *Recherches qualitatives*, 31(3), 12-43.

Goffman, E. (1983) « The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential », *American Sociological Review*, 48(1), 1-17.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne (Vol. 1)*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche: Une perspective qualitative*. Colombelles: Editions Management et Société.

Hébert, G. (2014). « La gouvernance en santé au Québec », *Note socio-économique de l'IRIS*, Février, 1-9.

Hébert, R. (1997, avril). *Définition du concept de l'interdisciplinarité*. Communication donnée au colloque de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, Québec.

Hellriegel, D., Slocum, J.W. et Woodman, R.W. (1992). *Management des organisations*, Bruxelles: De Boeck Université.

Huot, F. (2013). « Interactions et pratique du théorique en travail social. » dans Harper, E. et Dorvil, H. , *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques*, Montréal: Presses de l'Université du Québec.

Huot, F. (1991). *Culture d'organisation, pratiques communicationnelles et intervention: L'exemple de la protection de la jeunesse*. (Mémoire). Montréal: Université du Québec à Montréal.

Jetté, C. et Goyette, M. (2010). « Pratiques sociales et pratiques managériales: des convergences possibles? », *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 25-34.

Jones, R. A. (2000). *Méthodes de recherches en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck Université.

Lapierre, J-A. (2012). *Les usages des récits de légitimation en travail social: Quelle prise en compte du destinataire de l'intervenant social*. (Mémoire). Montréal: Université du Québec à Montréal.

Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Leroux, C. (2013). *L'application de l'approche narrative en santé mentale: Retour sur l'expérience*. (Essai). Montréal: Université du Québec à Montréal.

Lessard, L. (2005). *La collaboration interdisciplinaire en région isolée: Le cas de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James*. (Mémoire). Québec: Université Laval.

Libois, J. (2011). *La part sensible de l'acte, Approche clinique de l'éducation sociale*. (Thèse). Paris: Conservatoire National des Arts et Métiers.

Mendel, G. (2004). *Construire le sens de sa vie*. Paris: Éditions La Découverte.

Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure*. Paris: Éditions La Découverte.

Miller, K. (2005). *Communication Theories, Perspectives, Process and Contexts* (2e éd.). New-York: McGraw Hill.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi: Le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi: Le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation-Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Québec: MSSS.

Mintzberg, H. (1990). *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1987). « Structure en 5 points: une synthèse de la recherche sur les formes organisationnelles », dans J-F Chanlat et F. Séguin, *L'analyse des organisations une anthologie sociologique Tome II*, Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Morissette, J. (2011). « L'usage des perspectives interactionnistes en recherche », *Recherches qualitatives*, 30(1), 10-32.

Mucchielli, A. (2005). « Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains », *Recherches qualitatives*, Hors-série (1), 7-40.

Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). « Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.

Nizet, J. et Rigaux, N. (2005). *La sociologie de Erving Goffman*. Paris: Éditions La Découverte.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2015). *La semaine des travailleurs sociaux*, Montréal: OTSTCQ, Récupéré de <http://travaillsocial.ca/Quelques-statistiques>.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*. Montréal: OTSTCQ.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal: OPTSQ.

Parazelli, M. (2010). « L'autorité du « marché » de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 1-13.

Parazelli, M. et Colombo, A. (2006). « Intervenir aux marges de la citoyenneté: une application du dispositif Mendel adapté au contexte des jeunes de la rue à Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, 18(2), 88-109.

Poulin, M. (1982). « Prospective pour la gestion des services sociaux des années quatre-vingt au Québec », *Service social*, 31(1), 7-50.

Prades, J-L. (2006). « Sociopsychanalyse: pratique et théorie de l'actepouvoir. Hommage à Gérard Mendel », *Nouvelles revue de psychologie*, 1(1), 195-202.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.

Richard M-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S. et Tremblay, M. (2007). « La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts », *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151-167.

Robic, Y. (2004-2005). « Article de presse: Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité », 1-4. Récupéré de <http://www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf>

Rousseau, J. (1978). « L'implantation de la profession de travailleur social », *Recherches sociographiques*, 19(2), 171-189.

Roy, J. (1994). « L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État », *Service Social*, 43(1), 7-32.

Saillant, F., Hagan, L. et Boucher-Dancause, G. (1994). « Contenu, contexte et enjeux sociaux de la pratique des soins infirmiers à domicile », *Service Social*, 43(1), 105-126.

Santé Canada (2011). Collaboration interprofessionnelle. Récupéré de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/p3/index-fra.php>

Savoie-Zajc, L. (2006), « L'entrevue semi-dirigée », dans B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Sellamna, Nour (s.d.). « Interdisciplinarité et concepts-clés », Centre International pour la Recherche Agricole (IRCA), 1-14. Récupéré de <http://www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf>.

Smircich, L. (1983). « The Concept of Culture and organizational analysis », *Administrative Science Quarterly*, 28, 339-358.

Spradley, J-P. (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Reinhart & Winston.

St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération* (2e éd.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Tourville, Y. (2010). *Le vieillissement au travail chez les infirmières et le personnel soignant d'expérience auprès de personnes en perte d'autonomie: activités professionnelles et cadres bureaucratiques en transformation* (Thèse). Montréal: Université de Montréal.

Turcotte, D. (1993). « Le plan de services individualisés en protection de la jeunesse: les enjeux pour la pratique professionnelle », *Nouvelles pratiques sociales*, 6(2), 71-84.

Vandal, C. (1994). « Essai sur le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public », *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 197-205.